Wiadomości Terapeutyczne

Nr. 1

1936





Gdy panuje grypa:

PANFLAVIN w pastylkach

skutecznie odkaża jamę ustną i gardło

GARDAN

środek przeciwzapalny, przeciwgorączkowy i przeciwbólowy, szybko obniża przy grypie gorączkę i doraźnie uśmierza bóle głowy i bóle w kończynach.

KRESIVAL

wypróbowany środek na kaszel, łagodzi podrażnienie kaszlowe, rozrzedza gęstą wydzielinę, działa przeciwzapalnie na błonę śluzową. Kresival zażywa się w rozcieńczeniu z wodą.

OMNADIN

zwiększa fagocytozę, podnosi miano aglutynacyjne, przyspiesza wydalanie zarazków chorobotwórczych, wzmaga siły obronne ustroju.

SOLARSON

zupełnie niedrażniący preparat arsenowy. Zwiększa zawartość hemoglobiny i ilość krwinek czerwonych. Wzmacnia szybko cały organizm.

BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA"

E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.



Dla utrzymania epileptyka
w stanie zdolności do pracy

PROMINAL

nowy środek przeciwpadaczkowy.

Prominal energicznie zwalcza i przytłumia napady, nie wywołuje przy tem wrażenia zmęczenia lub ociężałości. Z powyższych względów Prominal jest niezbędny przy leczeniu epilepsji zarówno w klinice jak i w praktyce prywatnej.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:
rurki po 10 tabletek à 0,2 g zł. 2.50

PROMINAL w małych dawkach
w tabletkach po 0,03 g

wykazuje działanie spazmolityczne i wpływa na obwodową przemianę materji. Wskazania do stosowania Prominalu w małych dawkach: nadciśnienie tętnicze, nerwice, krztusiec, choroba Basedowa.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:
rurki po 30 tabletek à 0,03 g zł. 2.30

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN n/R.
Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka
Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.

154

TREŚĆ:

NOTATKI TERAPEUTYCZNE:

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK STYCZEŃ — LUTY

ROK VIII 1936 NUMER 1

Do naszych Czytelników!

Przed niedawnym czasem dołączaliśmy do naszych „Wiadomości Terapeutycznych" szereg kolejnych dodatkowych zeszytów, stanowiących w całości dzieło Eppingera i Walzl'a pod tytułem: „Choroby wątroby i układu wątrobowo-śledzionowego". Książka ta, omawiająca szczegółowo pewną specjalną dziedzinę medycyny, została przez naszych czytelników przyjęta z tak wielkiem uznaniem, że zdecydowaliśmy się wydać znów w postaci dodatku do „Wiadomości Terapeutycznych" dzieło o podobnym charakterze, a mianowicie książkę prof. dr. C. Heglera, dyrektora Szpitala Powszechnego w Hamburgu, pod tytułem: „Postępowanie praktyczne przy najważniejszych chorobach zakaźnych". Jesteśmy przekonani, że wiadomość o wzbogaceniu treści naszych „Wiadomości Terapeutycznych" przyjmą wszyscy nasi czytelnicy z zadowoleniem.

Książka będzie się ukazywać w postaci oddzielnych zeszytów, dołączanych do każdego numeru „Wiadomości Terapeutycznych". Zeszyty tę będzie można później z łatwością połączyć w jeden wartościowy tom.

Jeżeli Sz. Panu Doktorowi zależy na tem, aby posiadać dzieło prof. Heglera w całości, to prosimy o zwrócenie uwagi na następne numery „Wiadomości Terapeutycznych" i oddzielne przechowywanie dołączanych zeszytów. W razie przypadkowego braku dodatku przy jakimkolwiek numerze prosimy uprzejmie o możliwie szybkie zawiadomienie nas o tem, gdyż po upływie pewnego czasu nie będziemy, być może, w stanie uzupełnić powstałych braków.

Redakcja „Wiadomości Terapeutycznych".

W SPRAWIE POWSTAWANIA I LECZENIA DNY.

Prof. dr. *Strümpell* (Podręcznik chorób wewnętrznych); dr. *Beck* (D. M. W. tom 42); dr. *Straube* (Med. Kl. 1929); dr. *Lucke* (D. M. W. 1934, Nr. 47); dr. *Moraczewski* (Klin. Wo. 1935, Nr. 16).

Pierwszy dokładny opis dny zawdzięczamy *Tomaszowi Sydenhamowi*, który sam około 40 lat cierpiał na tę uporczywą chorobę i w r. 1683 opisał szczegółowo swe własne cierpienia w „Tractatus de podagra et hydrope". Poznanie zasadniczej istoty zaburzeń przemiany materji, występujących przy dnie, jest zasługą *Wollastona*, który już w r. 1797 trafnie rozpoznał, że złogi dnawe, odkładające się w stawach, a czasem również i w innych tkankach, składają się głównie z kwasu moczowego. Od tego czasu zagadnienie zależności objawów dnawych od zmian w wytwarzaniu i wydzielaniu kwasu moczowego (trójoksypuryny) stanowi ośrodek wszystkich odnośnych badań. Z pośród dalszych przyczyn dny, poznanych przez długoletnie spostrzeżenia, należy przedewszystkiem wymienić dziedziczność. Mniej więcej w 50% przypadków można wykazać, że w rodzinie chorego zdarzały się już przypadki dny lub schorzeń o innych cechach skazy moczanowej (zwłaszcza kamienie moczowe i t. p.). Oprócz dny stwierdzamy nierzadko w tej samej rodzinie otyłość lub chorobę cukrową. Już w starożytności i w średniowieczu uważano zbytkowny i rozwiązły tryb życia za przyczynę cierpienia, jak tego dowodzą liczne złośliwe wiersze i uwagi odnoszące się do chorych na dnę. Poza nadużywaniem alkoholu również i ołów ma sprzyjać powstawaniu dny.

Najważniejsza zmiana ustrojowa przy dnie polega na odkładaniu się licznych kryształków kwasu moczowego w tkankach, a zwłaszcza w zajętych przez sprawę chorobową stawach. Kwas moczowy jest produktem nukleinowej przemiany materji, czyli białka zawartego w jądrach komórkowych. Nukleoproteidy powstają w ustroju przy rozpadzie jąder i są wówczas źródłem endogennego kwasu moczowego albo też mogą być zawarte w spożywanych pokarmach (exogenny kwas moczowy). W prawidłowych warunkach kwas moczowy wydala się w moczu i jedynie przy konstytucji dnawej kryształy kwasu moczowego zatrzymują się w tkankach i wykrystalizowują tam w postaci charakterystycznych kryształów. Zdrowy człowiek, utrzymywany przez dłuższy czas na diecie ściśle bezpurynowej, wydala w moczu już tylko swój wewnątrzpochodny kwas moczowy; dorosły człowiek wydala w tych warunkach w ciągu 24 godzin około 0,3 — 0,6 g kwasu moczowego. Człowiek cierpiący na dnę wydala w tym samym czasie nieco mniej endogennego kwasu moczowego (0,1 — 0,2 g). Pośrednia przemiana związków purynowych w ustroju chorego na dnę przebiega prawdopodobnie tak samo jak u ludzi zdrowych. Jeżeli choremu na dnę podawać wyłącznie pożywienie obfitujące w związki purynowe, to wydalanie kwasu moczowego w moczu coprawda się zwiększa, jednak w stopniu nieco słabszym niż u ludzi zdrowych. Przed ostrym napadem dny wydalanie kwasu moczowego w moczu zmniejsza się jeszcze bardziej. Podczas sa-

mego napadu i przez pewien czas po napadzie wydalanie kwasu moczowego znacznie się wzmaga i powraca do swego dawnego niskiego poziomu dopiero po zupełnem ustaniu napadu. Z biegiem czasu zdolność do wydalania kwasu moczowego stale się zmniejsza, co zależy od jednoczesnego wytwarzania się nerki dnawej. *Lucke* uważa wobec tego, że dna przedstawia początkowo tylko czynnościowe izolowane zaburzenie czynności nerki w stosunku do wydalania kwasu moczowego; dopiero później zmiany te przyjmują charakter organiczny (nefroskleroza dnawa). W okresach początkowych nie stwierdza się w przerwach międzynapadowych żadnych objawów hiperuricemji, która utrzymuje się na poziomie prawidłowym i dopiero później podnosi się do 4 — 6 — 8 mg %. Na szczycie napadu dnawego dochodzi do wykrystalizowania kwasu moczowego w tkance mezenchymalnej (moczan jednosodowy). Przyczyny tych zjawisk dotychczas jeszcze nie znamy. Wysokie stężenie kwasu moczowego nie stanowi w każdym razie jedynej przyczyny. Prawdopodobnie wchodzi tu w rachubę jeszcze inny szczególny, lecz nieznany czynnik fizyko-chemiczny, dotyczący tkanki mezenchymalnej (uratohistechja).

Ostry napad dny rozpoczyna się przeważnie w sposób nagły. Czasami poprzedzają go przez krótszy lub dłuższy czas pewne zwiastuny: dolegliwości trawienne, uczucie osłabienia i przygnębienie, ciągnące bóle mięśniowe, skurcze łydek, czasem również niewielka gorączka. Staw wyraźnie nabrzmiewa, skóra nad nim staje się czerwona, gorąca i napięta, żyły w sąsiedztwie stawu wypełniają się obficie krwią. Jednocześnie występują dreszcze i temperatura podnosi się do 38 — 39°. Nawet przy napadach dłużej trwających bóle jedynie w ciągu pierwszych 2 — 3 nocy są bardzo silne, następnie stają się coraz łagodniejsze. Po ustąpieniu bólów również i obrzmienie stawów szybko się cofa. Napady dny następują najczęściej na wiosnę i w jesieni. Najczęstszem umiejscowieniem dny jest duży palec u nogi; zmiany chorobowe w tym palcu są zwykle największe (podagra). Jednakże przy dalszych napadach sprawa chorobowa może objąć również inne stawy, jak staw dłoniowy (chiragra), małe stawy palców, staw kolanowy (gonagra), ramię i inne. W miarę coraz dłuższego trwania choroby poszczególne napady przeważnie tracą swe charakterystyczne cechy. Napady są częstokroć lżejsze, jednak zmiany stawowe nie cofają się całkowicie. Stopniowo dochodzi do przewlekłych zniekształceń stawów. Palce zwłaszcza w stawach grubieją i tracą ruchomość. Inne, większe stawy ulegają chorobie znacznie rzadziej. Guzki dnawe mogą się same rozpa-

dać, można je również sztucznie otwierać. Guzki te składają się z tkanki wypełnionej luźnemi kryształami kwasu moczowego i soli moczanowych, głównie sodowych. Rokowanie poszczególnych napadów dnawych jest dobre, jednakże cierpienie zasadnicze stale postępuje i choroba nie okazuje skłonności do samowyleczenia. Jedynie gdy chorzy już od samego początku wystąpienia dnawych objawów chorobowych jaknajściślej przestrzegają zapobiegawczych przepisów dietetycznych, można mieć nadzieję, że cierpienie również i w przyszłości będzie się ujawniało rzadko i stosunkowo łagodnie i że uda się uniknąć ciężkich zmian dnawych w narządach wewnętrznych (*Strümpell*).

Chory na dnę powinien wogóle odżywiać się w sposób umiarkowany; szczególne ograniczenia dotyczą zwłaszcza mięsa i wszelkich napojów alkoholowych. Zupełnie zakazane są wszystkie potrawy zawierające znaczną ilość nukleoproteidów lub związków purynowych (wątroba, nerki, mózg i t. d.), gdyż one właśnie wytwarzają stosunkowo najwięcej szkodliwych związków i są najobfitszem źródłem kwasu moczowego. Endogennego wytwarzania się kwasu moczowego ograniczyć nie jesteśmy w stanie. Najodpowiedniejszemi napojami są: woda, słaba herbata i kawa (kofeina i teobromina nie ulegają przemianie w kwas moczowy), następnie zwykłe wody mineralne i wody owocowe (limonjada cytrynowa i t. p.). Używanie napojów alkoholowych (wódki, piwa, wina) najlepiej zakazać zupełnie. Według *Moraczewskiego* dodanie jabłek do pożywienia obfitującego w związki purynowe zmniejsza zawartość kwasu moczowego we krwi i w moczu, natomiast dodanie kartofli lub związków zasadowych zawartość tę zwiększa.

Z pośród starych leków przeciwdnawych najbardziej znaną jest kolchicyna, — alkaloid znajdujący się w nasionach ziemowitu jesiennego. Obecnie preparat ten stosuje się jedynie bardzo rzadko. Kolchicyna uśmierza wprawdzie bóle, lecz nie wykazuje najmniejszego nawet wpływu na nieprawidłową przemianę materji. Pomyślne objawowe działanie przeciwbólowe wykazują: Aspiryna (kilka razy dziennie po 1 do 2 tabletek), antipyrina, pyramidon, spirosal, salol i t. p. Istnieje ponadto cały szereg leków, którym przypisuje się zdolność rozpuszczania kwasu moczowego. Działanie tych preparatów opiera się na pewnych teoretycznych, niedostatecznie zresztą jeszcze uzasadnionych założeniach. Środkami tego typu są piperazina, heksametylenotetramina i szereg innych. Wartość lecznicza tych różnych związków pozostaje jednak pod znakiem zapytania. Niewątpliwy pomyślny wpływ na przebieg dny wykazuje natomiast kwas fenylo-chinolino-karbonowy, wprowadzony do terapji omawianego cierpienia przez *Nicolaiera* i *Dohrna*. Zarówno przy ostrym napadzie dny, jak i w jej przebiegu przewlekłym oraz przy wszelkich objawach skazy moczanowej, kwas fenylo-chinolino-karbonowy wzmaga w znacznym stopniu wydalanie kwasu moczowego, zmniejsza obrzmienie stawów i uśmierza bóle. Dłuższe przyjmowanie tego związku nie jest jednak dla ustroju obojętne, gdyż wywiera on czasem bardzo szkodliwy wpływ na wątrobę. Tak np. *Reichle* (Arch. of. Int.

Med. 1929, tom 44) obserwował dwóch chorych dnawych z marskością wątroby. Badanie sekcyjne wykazało ciężkie zmiany wątrobowe, które należało uzależnić od używania kwasu fenylo-chinolino-karbonowego. Jeden z tych chorych zażył w ciągu niecałych 3 lat prawie 460 g. W drugim przypadku chory przyjmował przez dłuższy czas pewne połączenie kwasu fenylo-chinolino-karbonowego z jodem. Podobne przypadki śmiertelne ostrzegają, aby przy podawaniu kwasu fenylo-chinolino-karbonowego zwracać baczną uwagę na czynność wątroby, dzięki czemu może uda się uniknąć tak ciężkich powikłań. *Brugsch* wyraża pogląd, że wątroba chorych dnawych, jako zawierająca mało glikogenu, okazuje po dłuższem zażywaniu omawianego kwasu cinchoninowego szczególną skłonność do poważnych zaburzeń i radzi, aby zwracać uwagę na ew. urobilinogenurję, jako znak ostrzegawczy rozpoczynającego się uszkodzenia wątroby.

Znacznie mniej toksyczny niż kwas jednokarbonowy okazał się kwas dwukarbonowy. (*Pohl* i *Rotter*, Ztsch. exp. Path. und Ther. 1917, tom 19). Kwas oksyfenylo-chinolino-dwukarbonowy, czyli Hexophan, jest preparatem zupełnie nieszkodliwym, gdyż nie wywołuje żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego. Ze względu na swą dobrą tolerancję Hexophan nadaje się zwłaszcza dla leczenia przewlekłego. Hexophan przejawia u chorych dnawych prawie natychmiastowe działanie przeciwbólowe i przeciwzapalne. W lżejszych przypadkach już po 48 godzinach stwierdza się wyraźną poprawę. Przy napadach ostrej dny osiąga się spadek gorączki przeważnie już na drugi dzień. Na szczególną uwagę zasługuje ustępowanie pod wpływem Hexophanu bolesnych obrzmień stawów, które często są do tego stopnia wrażliwe na dotknięcie, że chorzy nie mogą znieść najlżejszego nawet ucisku np. kołdry, nie mówiąc już o opatrunku. Przeciętna dawka dobowa Hexophanu wynosi 3 razy dziennie po 2 tabletki (à 0,5 g); przy ciężkich napadach można dawkę bez żadnych zastrzeżeń powiększyć do 8 tabletek na dobę.

Dla pobudzenia rozpuszczania się kwasu moczowego wchodzą również w rachubę sole litowe. Wobec tego, że naturalne wody mineralne zawierają zbyt mało litu, zaleca się sztuczne wody litowe, zawierające większą ilość soli litowych. Istnieje również preparat przedstawiający połączenie soli litowych i Hexophanu, t. zw. musująca sól Hexophan - Lithium. *Straube* stosował tę sól litową Hexophanu i osiągał nawet w uporczywych przypadkach bardzo pomyślne wyniki lecznicze. Rozumie się samo przez się, że stosowanie Hexophanu nie zwalnia od obowiązku ścisłego przestrzegania przepisów dietetycznych. Ponadto jako dodatkowe zabiegi lecznicze wchodzą w rachubę: ostrożne masaże, kąpiele solankowe i siarczane, zabiegi cieplne, a w odpowiednich przypadkach również zastój metodą *Biera* i diatermja.

Dr. M. RODECURT, Hanower

SPOSÓB STOSOWANIA I DAWKOWANIA ORASTHINY.

(Referat według Fortschr. d. Therapie 1933, Nr. 6).

Orasthina jest to środek wzmacniający skurcze maciczne. Orasthina skurczów tych sama przez się nie wywołuje, lecz tylko wzmaga ich natężenie. Skurcze wywołać może jedynie w rzadkich przypadkach niezwykłej skłonności do tych skurczów. W związku z tem można ją wstrzyknąć bez zastrzeżeń dożylnie w małych dawkach dla rozpoznania różniczkowego początkowej ciąży i mięśniaków lub guzów przydatków oraz dla rozstrzygnięcia pytania: Retroflexio uteri gravidi czy Haematocele retrouterina. Pozatem jednak — z wyjątkiem poronienia — dopóki płód znajduje się jeszcze w macicy, należy wstrzykiwać Orasthinę tylko podskórnie lub domięśniowo.

Przeciwwskazaniami do stosowania Orasthiny są wszelkie przeszkody porodowe, które przy dalszem nieuzasadnionem wzmacnianiu bólów porodowych mogą doprowadzić do pęknięcia macicy, następnie grożące lub tembardziej już istniejące pęknięcie macicy. Rozumie się samo przez się, że Orasthiny nie należy wstrzykiwać bezkrytycznie, np. przy prawidłowym przebiegu sprawy porodowej i bardzo dobrych bólach. Najlepiej nie wstrzykiwać Orasthiny jednorazowo w dawce dużej, lecz stosować ją odpowiednio do potrzeby w regularnych odstępach czasu kilkakrotnie w dawkach małych. Mała dawka próbna wyjaśnia nam każdorazowo zdolność odczynową macicy. W przypadkach, w których wykonano na macicy poważniejsze zabiegi operacyjne, wskazaną jest szczególna ostrożność.

W okresie rozwierania i wydalania wstrzykuje się zawsze tylko 0,2 — 0,5 $cm^3 = {}^3/_5 - 1{}^1/_2$ jednostek Voegtlina podskórnie lub domięśniowo. Siła, częstość i czas trwania bólów rozstrzygają o ilości wstrzykiwań. Naogół nie należy wstrzykiwać częściej niż co ½ godziny. Przy niewątpliwie przedwczesnem pęknięciu pęcherza płodowego, przy gorączce zależnej od sprawy porodowej lub przy zupełnie pewnem, nadmiernie długiem trwaniu ciąży (ciąża przenoszona) podaje się olej rycynowy i chininę, i wstrzykuje następnie co pół godziny ${}^3/_5$ jednostki Voegtlina = 0,2 cm^3 Orasthiny podskórnie aż do wystąpienia regularnych bólów. Jedynie wyjątkowo, jeżeli możemy już w dostateczny sposób ocenić zdolność odczynową macicy, wolno w okresie wydalania wstrzyknąć jeden raz 3 j. V., jednakże tylko pod stałą kontrolą tonów serca dziecka i przy zupełnej gotowości do natychmiastowego wykonania operacji i uwzględnieniu wszelkich warunków przygotowawczych do operacji.

Przy złych tonach serca dziecka nie wolno wstrzykiwać Orasthiny! Przy mocnych i częstych bólach Orasthina jest szkodliwa, odpowiedniemi są tu belladonna w czopkach lub środki uśmierzające bóle wzgl. wywołujące stan

odurzenia. Orasthinę stosuje się tylko przy bezwzględnem lub względnem osłabieniu bólów (0,2 — 0,5 cm^3 Orasthiny słabej). Jeżeli macica nie reaguje z powodu osłabienia mięśnia lub wyczerpania rodzącej, to jeżeli nie wchodzi narazie w rachubę zastosowanie kleszczy, wskazanem jest wstrzyknięcie morfiny, zaciemnienie pokoju i t. p., aby zapewnić pacjentce spokój, potrzebny dla zdobycia nowych sił.

Przy skurczu ujścia macicznego Orasthiny również stosować nie wolno. Przy przedwczesnem odłączeniu się prawidłowego łożyska wstrzykuje się domięśniowo 3 j. V. Orasthiny już podczas wydobywania dziecka, przy łożysku zaś przodującem, po porodzie drugiego bliźniaka i przy bardzo słabych poprzednio bólach — zaraz po porodzie. Jeżeli rodząca po porodzie nie krwawi, to można spokojnie czekać. Jeżeli krwawienie jest niewielkie lub bóle poporodowe są słabe, to wstrzykujemy domięśniowo 3 j. V.

Przy atonicznem krwawieniu poporodowem *Rodecurt* zaleca 3 j. V. dożylnie, a przy trudnościach trafienia do żyły lub złych warunkach zewnętrznych — natychmiast 10 j. V. domięśniowo, w przypadkach rozpaczliwych powoli dożylnie.

W przeciwieństwie do Hypophysiny chore znoszą powolne dożylne wstrzykiwania Orasthiny zawsze bardzo dobrze, gdyż wstrzykiwania te nie powodują żadnych niepokojących objawów ubocznych. Przeciwwskazaniem do dożylnego stosowania Orasthiny jest choroba Basedowa.

Zapobiegawczo wstrzykuje się domięśniowo 10 j. V. Orasthiny: kobietom jasnowłosym, które mają zwykle większą skłonność do obfitych krwawień; w przypadkach, w których przy poprzednich porodach lub poronieniach występowały silne krwawienia lub gdy dokonywano licznych skrobań albo ręcznego odłączenia łożyska; w przypadkach powikłanych mięśniakami, gdy zależy nam na zaoszczędzeniu krwi; jeżeli po 3 kwadransach łożysko jeszcze się nie oddzieliło lub poród odbywa się w dłuższem uśpieniu.

Przy poronieniach można wstrzykiwać dożylnie również i większe dawki, które ułatwiają instrumentalne skrobanie jamy macicznej i zmniejszają niebezpieczeństwo przedziurawienia. Przy krwotokach bardzo groźnych można wstrzyknąć Orasthinę bezpośrednio do mięśniówki macicznej.

Wobec tego, że po wstrzyknięciu wyciągu tylnego płata przysadki następuje później łatwo zwiotczenie macicy, wskazanem jest przed odejściem od położnicy wstrzyknąć jej jeszcze domięśniowo preparat sporyszu.

Przy zastojach wydzielin macicznych w połogu należy w niektórych przypadkach zastępować co pewien czas małe dawki sporyszu wstrzykiwaniami Orasthiny. Zbyt duże dawki sporyszu mogą mianowicie doprowadzić do skurczu i zamknięcia ujścia macicznego. Jeżeli w takim przypadku odstawić sporysz i wstrzyknąć po kilku godzinach Orasthinę (najlepiej 3 j. V. dożylnie, albo 10 j. V. podskórnie), to wkrótce potem macica kurczy się silnie i zatrzymana wydzielina wypływa gwałtownym strumieniem.

Dr. JÓZEF BUCHMÜLLER, Budapeszt.

LECZENIE PADACZKI.

(Referat według Orvosi Hetilap 1934, Nr. 23).

Spostrzeżenia autora dotyczą 32 epileptyków leczonych poprzednio Luminalem, bromem lub Antipiriną z Luminalem. Autor podawał następnie chorym w ciągu 8 tygodni Prominal i porównał wyniki tej kuracji z wynikami 8-tygodniowego leczenia luminalowego. Przeciętnym dawkom dobowym Luminalu odpowiadały dawki 0,2 — 0,4 — 0,6 g Prominalu, gdyż zamiast 0,1 g Luminalu stosuje się 0,2 g Prominalu. Chorych utrzymywano ponadto na diecie bezsolnej lub małosolnej. W pierwszej grupie chorych, dotyczących epileptyków otępiałych, z ciężkiemi napadami, stwierdzono przy stosowaniu Luminalu 159 napadów, a przy podawaniu Prominalu 161. W drugiej grupie, obejmującej chorych bez poważniejszych zmian psychicznych lecz z charakterem właściwym padaczce i ciężkiemi napadami, ilość napadów w ciągu 8 tygodni leczenia Luminalem wynosiła 70, a w tym samym czasie przy stosowaniu Prominalu — 66. W trzeciej grupie chorych, bez objawów otępienia lecz łatwo pobudliwych, z charakterem nieco epileptycznym i z objawami petit mal lub psychicznemi równoważnikami ilość napadów w okresie luminalowym wynosiła 80, a w okresie prominalowym — 64. U chorych więc z ciężkiemi napadami padaczkowemi i cierpiących jednocześnie na wyraźne zaburzenia psychiczne nie stwierdzono żadnej większej różnicy między działaniem Luminalu i Prominalu. Natomiast u większości epileptyków z napadami poronnemi (równoważniki padaczkowe, absence, zawroty, vertigo epileptica, pyknolepsia dziecięca i stany podobne) osiągano wyniki bardzo pomyślne. Ilość małych napadów i równoważników zmniejszała się, również i napady poronne występowały rzadziej. Na szczególną uwagę zasługuje okoliczność, że nasenno-narkotyczne działanie Luminalu przy stosowaniu Prominalu nie ujawnia się prawie wcale. Chorzy odzyskiwali równowagę duchową, skłonni do ciągłych sprzeczek stawali się znacznie spokojniejsi, chorzy apatyczni wykazywali większe zainteresowanie swem otoczeniem. Naogół samopoczucie poprawiło się znacznie. Powyższe zmiany występowały przedewszystkiem u inteligentniejszych chorych leczonych ambulatoryjnie, którzy mogli się zajmować swą pracą zawodową; chorzy tacy podawali, że czują się o wiele raźniejsi i twierdzili, że zmęczenie i osłabienie, które odczuwali podczas przyjmowania Luminalu, ustąpiło, a zdolność do pracy zwiększyła się wyraźnie. Najważniejsza zaleta Prominalu polega właśnie na braku działania nasennego.

Dawkowanie było indywidualne, największa dawka dobowa wynosiła 0,6 g Prominalu. Przypadków przyzwyczajenia lub występowania jakichkolwiek przykrych objawów działania ubocznego nie spostrzegano.


HELMITOL
dla skutecznego odkażania dróg moczowych
Środek do odkażania dróg moczowych o wzmożonem działaniu leczniczem.
Helmitol nie zawodzi również i przy zasadowym odczynie moczu.
Działanie przy wszystkich stanach zapalnych dróg moczowych.
Dla pomocniczego leczenia wewnętrznego rzeżączki oraz dla odkażania całego ustroju przy chorobach zakaźnych, zwłaszcza przy płonicy, dla ochrony przed płoniczem zapaleniem nerek.
OPAKOWANIA ORYGINALNE:
rurki po 20 tabletek à 0,5 g zł. 2.80
HELMITOL

Dr. K. SPECHT, Klinika Chirurgiczna w Kilonji.

RAUSZ NARKOTYCZNY, UŚPIENIE KRÓTKOTRWAŁE I ZAPOCZĄTKOWANIE UŚPIENIA ZAPOMOCĄ EVIPANU-NATRIUM.

(Referat według Zbl. Chir. 1933, Nr. 5).

Idealny dożylny środek narkotyczny powinien sprowadzać krótkotrwałe całkowite uśpienie i nie powodować dłuższego snu następczego. Evipan-Natrium, sól sodowa N-metylo-cyklo-heksenylo-metylo-malonylo-mocznika, którą się stosuje dożylnie w 10%-owym roztworze, jest pierwszym środkiem, który odpowiada ideałowi krótko działającego środka usypiającego. Przedwstępne przygotowania przedoperacyjne są przy tej metodzie zbyteczne, wobec czego można stosować Evipan-Natrium również ambulatoryjnie i w przypadkach ostrych. *Specht* opracował dla narkozy zapomocą Evipanu-Natrium następujący schemat dawkowania:

Wiek	10—15	15—25	25—40	40—55	55—65	65—75	powyżej 75	
Mężczyźni: silni	0,16	0,15	0,14	0,13	0,12	0,11	0,10	cm³ / kg
słabi	0,15	0,14	0,13	0,12	0,11	0,10	0,09	„ „
Kobiety: silne	0,15	0,14	0,13	0,12	0,11	0,10	0,09	cm³ / kg
słabe	0,14	0,13	0,12	0,11	0,10	0,09	0,08	„ „

Dawkę ogólną zaokrąglać można ku górze lub ku dołowi do pół lub całego cm³.

Od dawki ogólnej odejmujemy 1—2 cm³ u osobników charłaczych, anemicznych, żółtaczkowych i otyłych.

Do dawki ogólnej dodajemy 1—2 cm³ u pacjentów szczupłych, bardzo odpornych lub przyzwyczajonych do środków usypiających.

Przeciętnie wstrzykuje się 5 — 10 cm³. Wstrzykiwania nie należy przerywać, dopóki chory mocno nie uśnie. W przypadkach, w których powinno nam wystarczyć krótkotrwałe odurzenie (rausz), można wymienioną dawkę zmniejszyć o 1 — 2 cm³.

Pierwsze 4 cm³ *Specht* wstrzykuje z szybkością 15 sekund na cm³, następne z szybkością 10 sekund. Wynika z tego, że ogólny czas wstrzykiwania trwa około 1 do 2 minut. Usypianie następuje bardzo szybko bez żadnych objawów działania ubocznego. Czasami obserwuje się lekkie drżenie mięśniowe, nigdy nie dochodziło jednak do silnego pobudzenia. Czas trwania uśpienia wynosi 5 — 15 minut, przeważnie 10 minut, poczem chorzy szybko się budzą. W 33⅓% przypadków występował sen następczy, trwający 15 — 30 minut, wyjątkowo do 1 godziny. Osoby starsze i słabowite reagują zwykle na Evipan-Natrium w sposób silniejszy; podobne zjawisko występuje również i przy Avertinie. Obudzenie się następuje bez wszelkiego podniecenia; również i wy-

mioty ponarkotyczne należą do rzadkości. Najlepiej rozpoczynać operację w 1 — 2 minuty po wstrzyknięciu. W razie potrzeby przedłużamy uśpienie zapomocą eteru lub gazu rozweselającego (N_2O); często wystarcza również kilka kropel chloretylu. *Specht* łączył uśpienie evipanowe również ze znieczuleniem miejscowem.

Zakres wskazań do stosowania narkozy evipanowej obejmuje krótkotrwałe zabiegi polikliniczne, nacięcia, nakłucia, nastawianie złamań i zwichnięć, borowanie kości, małe zabiegi urologiczne i bolesne badania, skrobania, paracentezy i t. d. Również i lekarz praktyk może wykonywać mniejsze operacje w uśpieniu evipanowem zamiast w odurzeniu chloretylem. Oprócz rauszu narkotycznego i uśpienia krótkotrwałego stosowano Evipan-Na również i dla zapoczątkowania uśpienia przy większych operacjach.

Oddech, który obserwowano dokładnie w 50 przypadkach, pozostawał przeważnie bez zmiany i jedynie w nielicznych przypadkach stawał się nieco powierzchowniejszy. Ciśnienie krwi, podobnie jak w naturalnym śnie, przeważnie opada o 20 — 30 mm Hg i po 5 — 10 minutach powraca do prawidłowej wysokości. Częstość tętna nieznacznie się podnosi jednocześnie ze spadkiem ciśnienia. Zatrzymania oddechu lub zapaści krążenia dotychczas nie obserwowano, zresztą przy ostrożnem dawkowaniu i właściwej technice żadne powikłania nie powinny się zdarzać. W przypadkach poważniejszych zaburzeń należałoby zastosować sztuczne oddychanie, kwas węglowy, koraminę i t. d. Żadnych późniejszych zaburzeń uśpienie evipanowe nie wywołuje.

Dr. DENKICHI KAWAHARA, Zakład leczniczy Tairen, Satsuma - machi.

WPŁYW PANFLAVINY NA OSTRE SPRAWY ZAKAŹNE W JAMIE USTNEJ I GARDZIELOWEJ.

(Referat według Nichi doku chiryo 1933, Nr. 11).

Autor leczy anginę zapomocą pastylek Panflaviny. Składnikiem czynnym Panflaviny jest Trypaflavina. Przeciętna dawka dzienna dla dorosłych wynosi 6 pastylek, dla dzieci — 3 pastylki. Pastylek nie należy odrazu połykać, lecz przeżuwać je w ustach tak długo, aż się zupełnie rozpuszczą. Wówczas Trypaflavina zawarta w tabletkach przejawia swe działanie w całej jamie

ustnej i powstrzymuje rozwój drobnoustrojów. Wyniki leczenia anginy zapomocą Panflaviny przedstawia poniższa tablica:

	Nazwisko	Wiek	Choroba	Ilość dni stosowania Panflaviny	Przebieg
1	M. N.	3	Angina catarrhalis	3	dość dobry
2	M. E.	28	Angina lacunaris	W 5-ym dniu gorączka spadła wobec czego Panflavinę odstawiono	dobry
3	J. M.	42	" "	W 3-im dniu gorączka spadła wobec czego Panflavinę odstawiono	"
4	G. S.	29	Angina catarrhalis	3	"
5	Y. K.	25	Angina lacunaris	6	dość dobry
6	J. K.	26	" "	4	dobry
7	S. M.	26	" "	5	"
8	J. K.	39	Angina catarrhalis	3	"
9	K. T.	53	Angina lacunaris	5	"
10	R. C.	38	" "	5	"
11	T. I.	27	" "	5	"
12	S. N.	29	Angina catarrhalis	2	"

W przypadkach anginy nie ograniczano się do wyłącznego stosowania Panflaviny, lecz podawano również środki obniżające gorączkę i uśmierzające bóle. Stosowanie Panflaviny w przypadkach nieżytu jamy ustnej i gardzielowej (Stomatitis, Pharyngitis) również dawało szybkie i pomyślne wyniki lecznicze, uwidocznione na poniższej tablicy:

	Nazwisko	Wiek	Choroba	Ilość dni stosowania Panflaviny	Przebieg
1	T. G.	34	Stomatitis aphtosa	5	dobry
2	T. H.	27	Stomatitis catarrhalis	3	"
3	K. H.	6	Angina aphtosa	3	"
4	Y. A.	3	Stomatitis catarrhalis	3	"
5	Z. K.	50	Stomatitis aphtosa	5	dość dobry
6	T. O.	29	" "	4	" "
1	D. T.	38	Pharyngititis	4	" "
2	C. K.	24	"	5	" "
3	Z. K.	20	"	5	" "
4	H. K.	18	"	2	dobry
5	E. K.	38	"	3	"
6	H. N.	3	"	2	"

Nieżyt jamy ustnej u dzieci przebiega zwykle z wysoką gorączką, a ból bywa tak silny, że uniemożliwia często przyjmowanie pożywienia. Jeżeli jednak

takim dzieciom dawać Panflavinę oraz odpowiedni środek przeciwbólowy, to udaje się podawać pokarmy w dostatecznej ilości. Również i w przypadkach nieżytu gardła Panflavina szybko uśmierza ból i usuwa wrażenie suchości w gardle.

W 7 przypadkach otwarcia ropni okołomigdałkowych i po tonsillektomjach wyniki podawania Panflaviny w ciągu 5 dni po zabiegu okazały się nad wyraz zadawalające. Panflavina znacznie łagodziła dotkliwe bóle przy połykaniu. Stosowanie Panflaviny zmniejszało bóle również i po wyłuszczeniu migdałków, powierzchnia rany pozostawała czysta i rany zabliźniały się szybko.

Dr. G. HALBAH, Szpital diakonis w Kaiserwerth.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1935, Nr. 15)..

Autor leczył zapomocą pastylek Panflaviny szereg pacjentów cierpiących na anginy różnego rodzaju. Chorzy zażywali po jednej pastylce mniej więcej co 1½ godziny, tak że ogólna dawka dobowa wynosiła około 10 — 15 pastylek. Pastylki Panflaviny rozpadają się w ustach w ciągu 5 — 8 minut i uwalniają zawarty w nich składnik czynny (Trypaflavinę), który rozpuszcza się w ślinie. Zgodnie z wynikami spostrzeżeń *Pollanda* i *Schwiegha* również i autor uważa Panflavinę za środek zupełnie nieszkodliwy i wyróżniający się doskonałą tolerancją. Nawet przy dłuższem stosowaniu Panflavina nie wykazuje żadnego szkodliwego wpływu na błonę śluzową jamy ustnej. Flora bakteryjna jamy ustnej zmniejsza się pod wpływem Panflaviny mniej więcej o połowę.

Działanie odkażające jednej tabletki wystarcza przeciętnie na 1 — 1½ godziny. U niektórych pacjentów z mieszkowem zapaleniem migdałków podniebiennych pomyślny wpływ leczniczy Panflaviny na znajdujące się w jamie ustnej drobnoustroje utrzymywał się nawet znacznie dłużej. Gorączka prawie zawsze szybko opadała, przeważnie w sposób przełomowy. Dolegliwości przy łykaniu już po kilku godzinach zmniejszały się. Zaczerwienienie i obrzmienie, a w większości przypadków również i naloty znikały po 12 — 24 godzinach. Najlepiej reagowały objawy chorobowe przy postaciach zwanych Angina follicularis i lacunaris. Przy anginach ze skłonnością do wytworzenia się ropnia (Angina abscedens) Panflavina pozostawała bez wpływu. Jako cenny zabieg pomocniczy wstrzykiwano każdemu pacjentowi natychmiast 2 cm^3 Omnadiny domięśniowo.

Pastylki Panflaviny stosowano z powodzeniem również w przypadkach błonicy. Prawie w 80% przypadków początkowo dodatni wynik badania na laseczniki błonicy stawał się już przy drugiem badaniu ujemny. Również i przy błonicy zmniejszały się dolegliwości podmiotowe, jak bóle gardła i przy połykaniu, już po kilku pastylkach. U gorączkujących dzieci stwierdzano przeważnie bardzo znaczny spadek ciepłoty. Podawanie dzieciom Panflaviny skutecznie chroniło je przed powikłaniami. Również i małe dzieci chętnie zażywały

pastylki i znosiły je dobrze. Rozumie się przytem samo przez się, że oprócz tego leczenia miejscowego stosowano również i surowicę błoniczą.

Na podstawie swych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że Panflavina przedstawia wysokowartościowy środek leczniczy i zapobiegawczy przy wszelkich zakażeniach jamy ustnej i gardzielowej. Dla osiągnięcia istotnego działania należy jednak zażywać pastylki Panflaviny co godzinę.

Prof. dr. BERING, Kolonja.

NOWE BADANIA W DZIEDZINIE CHORÓB WENERYCZNYCH.

(Referat według Deutsche Medizinische Wochenschrift 1934, Nr. 2).

Wkrótce po wykryciu krętka bladego wyrażono myśl, że postać spiralna mogłaby przedstawiać tylko jeden okres cyklu rozwojowego zarazka chorobotwórczego wywołującego kiłę. Pogląd taki wyraził nawet już odkrywca krętka, *Schaudinn*, który dopuszczał możliwość istnienia postaci niewidzialnych. Wykonano liczny szereg doświadczeń, które miały na celu wykazanie, że wszelkie zmiany syfilityczne, z krętkiem lub bez krętka, zawierają jednak zawsze zarazek w stanie niewidzialnym i że właśnie tylko ten czynnik niewidzialny posiada własności chorobotwórcze.

Sprawa hodowli krętków bladych wcale nie posunęła się w ciągu ostatnich lat naprzód. Stosowano wszelkie możliwe podłoża odżywcze, lecz zawsze otrzymywano tylko hodowle zupełnie pozbawione działania chorobotwórczego.

Ważne i ciekawe badania doświadczalne nad kiłą wykonał *Krantz*. Uczony ten łączył zapomocą parabiozy dwa króliki, z których jeden był już oddawna zakażony kiłą, a drugi zupełnie zdrów. Następnie autor zakażał królika zdrowego, lecz nigdy nie mógł u niego wywołać zmian pierwotnych. W ten sposób *Krantz* wykazał pewien wpływ królika kiłowego na złączonego z nim królika zdrowego. *Rieckenberg* wykazał istnienie przeciwciał skierowanych przeciwko krętkom. Pod wpływem surowicy uodpornionej krętki ulegają aglutynacji z płytkami krwi. Następnie udało się wykazać, że przeciwciała istnieją również przy gorączce powrotnej. *Krantz* zastosował tę metodę do kiły doświadczalnej i wykazał in vitro obecność przeciwciała skierowanego przeciwko krętkowi syfilitycznemu.

Odczyn klaryfikacji *Meinickego* został zastosowany również do badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Metodzie tej poświęcono bardzo dużo prac. Ogłaszane wyniki były przeważnie bardzo pomyślne, tak że wyrażono nawet pogląd, że odczyn *Meinickego* przewyższa odczyn *Wassermanna*. Z punktu widzenia czułości odczyn klaryfikacji *Meinickego* stoi wyżej niż odczyn *Kahna*. Na podstawie swoich własnych badań autor uważa, że odczynu *Meinickego* nie można uważać za pewniejszy niż odczyn *Wassermanna*, lecz że oba te odczyny dają wyniki równowartościowe.

Odczyn antygenowy krętków opisany przez *Gaethgesa* i *Schlesmanna* został wykorzystany początkowo przez *Marquardta*, a następnie przez *Vohwinkla* dla badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Również i cytochol może oddać przy badaniu tego płynu cenne usługi.

Firma Richter wprowadziła do powszechnego użytku nowy środek przeciwkiłowy Bisuprol, który ma doprowadzać do szybkiego ustępowania objawów kiłowych nawet w przypadkach zasadniczo odpornych na leczenie swoiste. Dużym postępem było następnie wprowadzenie do lecznictwa preparatu salvarsanowego, nadającego się do wstrzykiwań domięśniowych i wyróżniającego się silnem działaniem przeciwkiłowem, a mianowicie Solu-Salvarsanu.

Również i stosowanie preparatów złota wywierało pomyślny wpływ leczniczy na objawy kiłowe i odczyny serologiczne. *Heuck* uważa, że leczenie złotem jest przedewszystkiem wskazane w przypadkach kiły narządów wewnętrznych, które są przeważnie odporne na zwykłe leczenie przeciwkiłowe i w których należy stosować Salvarsan zawsze z bardzo dużą ostrożnością.

Przy żółtaczce arsenobenzolowej lub kiłowej *Abelsohn* rozpuszcza Salvarsan w 10 cm^3 20%-owego roztworu decholiny. Leczenie swoiste można wówczas przeprowadzać w dalszym ciągu pomimo żółtaczki arsenobenzolowej; jeżeli zaś żółtaczka była pochodzenia syfilitycznego, to połączenie tych dwóch leków daje znacznie lepsze wyniki terapeutyczne. Wydaje się, że decholina pozbawia Salvarsan jego własności toksycznych i czyni go zupełnie nieszkodliwym nawet dla chorobowo zmienionej wątroby. W tym samym celu stosuje się również wstrzykiwania Neosalvarsanu w połączeniu z taką samą dawką tiosiarczanu sodu. W przypadkach posalvarsanowych zapaleń skóry stosuje się z powodzeniem preparaty wątrobowe.

Bardzo ciekawe są spostrzeżenia *Schacherla*, który w kiłowych chorobach ośrodkowego układu nerwowego odróżnia 2 grupy: kiłę mózgowo-rdzeniową, będącą cierpieniem opon i naczyn krwionośnych oraz porażenie postępujące i wiąd rdzenia, stanowiące bezpośrednie schorzenia samego układu nerwowego. Cierpienia tej drugiej grupy reagują bardzo słabo na nasze środki lecznicze, gdyż przegroda między krwią a mózgiem, która istnieje w splotach naczyniowych, utrudnia przechodzenie leków do ogniska chorobowego. Należy dążyć do przełamania tej przegrody, do czego dochodzimy na drodze terapji dolędźwiowej. Wstrzykiwania dolędźwiowe słabych roztworów Salvarsanu przełamują na pewien czas tę barjerę między krwią i mózgiem, co umożliwia następnie skuteczne działanie leczenia dożylnego. Również i stany zapalne, jak np. zimnica, czynią barjerę hemato-encephalityczną bardziej przepuszczalną, tak że leczenie salvarsanowe, przeprowadzone po szczepieniu zimnicy, pozwala na osiągnięcie pomyślnych wyników.

W dziedzinie wczesnego rozpoznawania schorzeń ośrodkowego układu nerwowego nie mamy w ciągu ostatnich lat do zanotowania żadnych szczególnych postępów. Naogół przyjmuje się, że zanim miną 4 lata od chwili zakażenia

badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nie jest potrzebne. Autor mógł się wielokrotnie przekonać i stale wygłaszał ten pogląd, że płyn patologiczny, a wraz z nim i sprawy chorobowe ośrodkowego układu nerwowego znikają w ciągu pierwszych czterech lat pod wpływem kombinowanego leczenia Salvarsanem i bizmutem. W związku z tem należy początkowo zawsze przeprowadzać energiczne leczenie bizmutowo-salvarsanowe i dopiero po jego zakończeniu badać płyn mózgowo-rdzeniowy. Jeżeli badanie płynu wykazuje zmiany chorobowe, wówczas wskazane jest szczepienie zimnicy.

Naegeli zauważył, że przy leczeniu zimnicą wyniki okazują się szczególnie pomyślne, jeżeli podczas napadów gorączkowych chory dostaje opryszczki (Herpes simplex). Nasunęło mu to myśl o możliwości uzupełniającego zastosowania opryszczki podczas leczenia zimnicą. *Hruszek* przed przystąpieniem do szczepienia zimnicy chorym z wybitnie patologicznym płynem mózgowo-rdzeniowym szczepi im zarazek opryszczkowy i osiąga ustąpienie wszystkich zmian w płynie w czasie wyjątkowo krótkim. Te ciekawe wyniki zasługują na sprawdzenie na większym materjale.

Ważne postępy osiągnięto również w dziedzinie rozpoznawania i leczenia rzeżączki.

Froelich i *Jordan* podają, że dla wykazania obecności gonokoków metoda hodowli jest lepsza niż zwykłe badanie mikroskopowe. Piśmiennictwo o znaczeniu odczynów surowiczych dla rozpoznawania rzeżączki jest bardzo obszerne. Poglądy autorów nie są jednak zgodne. Odnośnie do rzeżączki ostrej przeważa pogląd, że odczyn surowiczy nie posiada przy niej większego znaczenia. Pomimo że omawiany odczyn nie jest ściśle swoisty oddaje on jednak w licznych przypadkach duże usługi. Dotyczy to zwłaszcza zapaleń stawów wątpliwego pochodzenia. Następnie w niektórych przypadkach niewyraźnych schorzeń przydatków, metoda powyższa może się przyczynić do postawienia trafnego rozpoznania.

Co się tyczy leczenia rzeżączki, to według badań kliniki wenerologicznej w Würzburgu najlepszemi środkami przeciwrzeżączkowemi są preparaty srebrowe, a przedewszystkiem Protargol.

Falkenstein leczy rzeżączkę u kobiet zapomocą preparatu trypaflaviny, zwanego Flavadiną i osiąga wyniki bardzo pomyślne.

Stosowanie tego preparatu wymaga pewnej ostrożności, gdyż jeśli stosować go zbyt często, może on wywołać nadżerki i owrzodzenia szyjki macicznej. Na podstawie osiągniętych w klinice wyników autor uważa, że Flavadina znacznie skraca czas leczenia rzeżączki szyjki macicznej.

Przeciwko powikłaniom rzeżączki, zarówno u mężczyzn jak i u kobiet, stosuje się różne metody lecznicze, z pośród których najważniejsze polegają na stosowaniu nieswoistych środków bodźcowych.

Również i szczepionka gonokokowa dawała dobre wyniki, zwłaszcza odnośnie do szybkości wyleczenia.

Tachery ogłosił swoje spostrzeżenia o niezwykle pomyślnem działaniu leczniczem wstrzykiwań żywych gonokoków w przypadkach rzeżączki u kobiet. Trzy wstrzyknięcia podskórne świeżej hodowli gonokoków dokonane w odstępach od 7 do 10 dni wystarczają według autora do osiągnięcia wyleczenia.

Dokonywano również licznych prób leczenia rzeżączki zapomocą wywoływania wysokiej gorączki: wstrzykiwano w tym celu mleko lub specjalne preparaty gorączkotwórcze albo też szczepiono zimnicę. W wszelkich przewlekłych sprawach gonokokowych leczenie nieswoiste ma niewątpliwie duże znaczenie. Jedni autorzy otrzymywali wyniki pomyślne, inni natomiast nie byli z terapji nieswoistej zadowoleni. W niektórych klinikach stosowano na szeroką skalę leczenie zimnicą, zwłaszcza w przypadkach rzeżączki u kobiet i osiągano bardzo dobre wyniki, przeważnie znacznie lepsze niż zapomocą mleka lub preparatów gorączkotwórczych. Wobec tego jednak, że sama zimnica jako taka stanowi dla chorego pewne niebezpieczeństwo, autor osobiście nie mógł się zdecydować na stosowanie jej przy zwykłej rzeżączce. W pewnych przypadkach, w których autor zaszczepił chorym zimnicę ze względu na kiłowe zmiany chorobowe w ośrodkowym układzie nerwowym i w których istniała jednocześnie przewlekła rzeżączka, stwierdzono niewątpliwą znaczną poprawę również i sprawy rzeżączkowej.

Krytycznie oceniając różne metody leczenia rzeżączki, autor dochodzi do wniosku, że należy bezwarunkowo nadal dążyć do wykrycia sposobów skuteczniejszych niż te, które posiadamy obecnie. Metody uodporniające nie dały dotychczas wyników zadowalających.

Dr. M. SAMUEL, Kolonja.

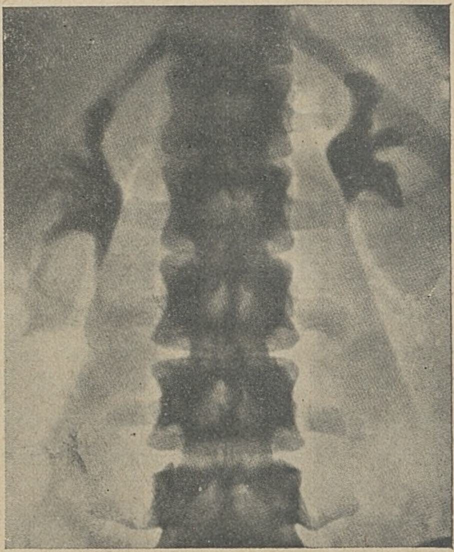
W SPRAWIE TECHNIKI PYELOGRAFJI DOŻYLNEJ I WSTECZNEJ.

(Referat według Dtsch. Med. Wschr. 1932, Nr. 29).

Udoskonalony środek kontrastowy dla uwidaczniania dróg moczowych na kliszy rentgenowskiej, Per-Abrodil, jest przy wstrzykiwaniu dożylnem najlepiej znoszony wtedy, gdy podczas krótkotrwającego wstrzykiwania nie rozluźniamy opaski uciskającej ramię i wywołującej zastój żylny. Metodyka ta pozwala również na otrzymanie znacznie lepszych i ostrzejszych obrazów miedniczek nerkowych i moczowodów. Być może, że nagłe przeniknięcie preparatu do krwi po zwolnieniu zastoju sprzyja szybszemu i bardziej stężonemu wydalaniu. Lepszą zaś tolerancję autor tłumaczy w ten sposób, że płyn kontrastowy rozchodzi się początkowo po wszystkich zastoinowo rozszerzonych żyłach przedramienia i ulega tam do pewnego stopnia rozcieńczeniu i następnie przenika do ogólnego krwiobiegu w nieco mniejszem stężeniu niż przy bezpośredniem wstrzyknięciu dożylnem.

Autor stosował dotychczas Per-Abrodil w 80 przypadkach. Całkowitą dawkę, wynoszącą 18 — 20 cm^3, można było wstrzykiwać w krótkim czasie 30 — 50 sekund bez obawy wywołania jakichkolwiek przykrych objawów działania ubocznego. Pozostawienie opaski zastoinowej w ciągłym ucisku aż do chwili wstrzykiwania chroni skutecznie przed najmniejszem nawet przesunięciem igły w żyle. Najlepszy czas dla dokonania zdjęcia rentgenowskiego jest: 8 i 16 minut po wstrzyknięciu. W poszczególnych przypadkach trzeba było wykonać zdjęcie wcześniej, gdyż wydalanie odbywało się bardzo szybko. Zdarzało się jednak, że przy wydalaniu zwolnionem nawet zdjęcia dokonane w 6 — 8 godzin po wstrzyknięciu dawały obrazy kontrastowe. Zakładanie uciskacza dla





Pyelogram po dożylnem wstrzyknięciu Per-Abrodilu
(Per-Abrodil = octan 3,5 dwujodo-4-pirydyno-N-dwuetanolo-aminy)

wywołania zastoju w moczowodzie jest niepotrzebne. Wszyscy pacjenci, wśród których znajdowały się również i kobiety w różnych okresach ciąży, znosili wstrzykiwania bardzo dobrze. Zarówno miejscowa jak i ogólna tolerancja preparatu jest doskonała. Nie powoduje on żadnych przykrych zaburzeń, tak że chorzy mogli zaraz po dokonaniu zdjęcia udać się do domu. Dowodzi to, że Per-Abrodil nadaje się doskonale również i dla praktyki ambulatoryjnej. Zdjęcia dokonywane po 8 i 16 minutach po wstrzyknięciu dawały zawsze cień dostatecznie ostry i wyraźny dla ścisłego postawienia rozpoznania. Obrazy kontrastowe po Per-Abrodilu były stale conajmniej takie dobre jak po Abrodilu, a w bardzo licznych przypadkach nawet znacznie lepsze.

Per-Abrodil można stosować w tem samem stężeniu co przy wstrzykiwaniach dożylnych również i dla wstecznego uwidaczniania miedniczek nerkowych, przyczem nie wywołuje on żadnych bólów lub szkodliwych objawów ubocz-

nych. Bardzo dobre obrazy kontrastowe otrzymuje się również przy rozcieńczeniu wodą przekroploną w stosunku 1 : 1. Można jednak stosować roztwory jeszcze słabsze, co ma pewne znaczenie praktyczne, zwłaszcza dla wykazywania obecności kamieni. Autor otrzymywał obrazy ze słabszemi cieniami zapomocą rozcieńczeń 1 : 2, 1 : 3 i 1 : 4. Wobec tego jednak, że również i te słabe cienie jeszcze mogą pokrywać kamienie, uzupełniano często takie zdjęcie zdjęciem reljefowem. W tym celu bezpośrednio po wypłynięciu środka kontrastowego robione dalsze zdjęcie. Widzi się wówczas na obrazie kształty miedniczek nerkowych w bardzo słabych zarysach, wśród których można rozpoznać obecność złogów, niezacienionych przez środek kontrastowy.

Dr. L. SIEGEL, Szpital Okręgowy w Trostberg.

SALYRGAN JAKO ŚRODEK MOCZOPĘDNY.

(Referat według Münch. Med. Wschr. 1935, Nr. 1).

Każdy lekarz, posiadający większe doświadczenie praktyczne co do działania Salyrganu, wyrobił sobie z pewnością zdanie nietylko o doskonałem działaniu moczopędnem tego preparatu, lecz również o jego dobrej tolerancji. *Tarr* (Arch. of. int. Med. 1932, tom 50) dokonał przeszło 3000 wstrzykiwań Salyrganu i spostrzegał przytem zaledwie w dwóch przypadkach wystąpienie niewielkich objawów toksycznych. Również i diureza salyrganowa, znacznie spotęgowana dzięki kwasicy, wywołanej przez uprzednie podawanie chlorku amonu, nie wywołuje żadnych zaburzeń i chorzy znoszą ją bardzo dobrze (*Saxl*, *Flekseder* i inni).

Rozumie się samo przez się, że w przypadkach, w których z jakichkolwiek powodów mamy wątpliwości co do tolerancji przez chorego soli rtęciowych, należy rozpoczynać od małych dawek i dla uniknięcia niebezpieczeństwa zatrucia rtęciowego, zwiększać je powoli i stopniowo. Autor dokonał osobiście około 200 domięśniowych lub dożylnych wstrzykiwań Salyrganu i ani razu nie obserwował żadnego pogorszenia stanu ogólnego.

Śród jego chorych byli pacjenci z ciężkiemi uszkodzeniami wątroby na tle zwyrodnienia, zastoju lub marskości oraz z współistniejącą niedomogą nerek, co mogło pozornie nasuwać pewne zastrzeżenia w sprawie stosowania Salyrganu. Kto jednak widział, jak dzięki Salyrganowi chorzy wydzielali w ciągu doby do 8 litrów wody, jak niektórzy chorzy po przekonaniu się o niezwykle pomyślnem moczopędnem działaniu Salyrganu stale domagali się powtarzania co pewien czas tych wstrzykiwań i nie zgadzali się na inne sposoby leczenia, jako bezskuteczne, ten nigdy nie zrzeknie się możności stosowania Salyrganu w odpowiednich przypadkach na szeroką skalę. Salyrgan nigdy nie wpływał ujemnie na samopoczucie chorych i to zarówno w tych przypadkach, w których stosowano go z powodzeniem w ciągu długich tygodni lub miesięcy, jak i w tych

nielicznych przypadkach, w których wobec jego bezskuteczności trzeba było po jednem lub dwóch wstrzykiwaniach zaniechać dalszego stosowania. W przypadkach niereagujących na działanie naparstnicy i zwykłych środków moczopędnych Salyrgan prawie zawsze przejawia swe niezawodne działanie odwadniające. W przypadkach szczególnie ciężkich działa on najlepiej zwłaszcza wtedy, gdy uprzednio zastosuje się strofantynę oraz odciąży chorego na drodze czysto mechanicznej przez wypuszczenie płynu przesiękowego z jamy opłucnej lub otrzewnowej i usunie olbrzymie obrzęki podudzi zapomocą skaryfikatorów. Jeżeli zaś mięsień sercowy nie reaguje już na żadne leki, jeżeli strofantyny wogóle nie można zastosować z powodu niewidocznych i niedostępnych żył, jeżeli chory nie może wcale pozostawać w łóżku z powodu duszności, nie mówiąc już o niemożności wysokiego ułożenia kończyn dolnych, jeżeli tkanki chorego są zniszczone długotrwałą chorobą i pacjent znajduje się już w stanie tak znacznego wyczerpania, że nie będzie mógł podołać ciężkiej pracy uruchomienia zatrzymanej w nim wody, to nic dziwnego, że w takich beznadziejnych przypadkach również i preparaty rtęciowe muszą zawieść.

Prof. *Siebeck* z Berlina w referacie swym „O rokowaniu i leczeniu chorób sercowych" (M. M. W. 1935, nr. 1) podaje, że przy stosowaniu rtęciowego środka moczopędnego Salyrganu w przypadkach niedomogi krążenia z ciężkiemi objawami zastoinowemi, można z łatwością unikać wszelkich nieprzyjemnych objawów działania ubocznego, jeżeli ściśle przestrzegać wskazań i sposobu stosowania. W diurezie salyrganowej przyjmują udział nerki i tkanki. Salyrganu nie wolno wstrzykiwać przy krwotocznem zapaleniu nerek, przy niedomodze nerek (a mianowicie przy niskim ciężarze właściwym moczu i zatrzymaniu związków azotowych), przy silnej żółtaczce i ciężkich uszkodzeniach wątroby (zwłaszcza przy obecności leucyny i tyrozyny w moczu), przy charłactwie i niedokrwistości i wreszcie przy ciężkich biegunkach. Podczas gorączki wskazana jest ostrożność; również przy dławicy piersiowej lepiej wstrzykiwania Salyrganu zaniechać, natomiast przy lekkim białkomoczu można wstrzykiwać Salyrgan bez żadnych zastrzeżeń. Wstrzykiwania domięśniowe powinny istotnie przeniknąć do mięśni. Wstrzyknięcie do tkanki podskórnej, do tkanki tłuszczowej lub do obrzęku wywołuje nacieczenie lub martwicę. Przeważnie wstrzykuje się 1 cm^3 dożylnie, początkowo co 2—3 dni, później 2 razy tygodniowo. W przypadkach, w których wskazana jest szczególna ostrożność, wstrzykujemy tylko 0,5 cm^3. Przy dobrej tolerancji można wstrzykiwać dożylnie po 2 cm^3. Rozumie się samo przez się, że Salyrgan może przejawiać swe działanie moczopędne tylko wtedy, gdy serce jest w stanie wykonać zwiększoną pracę. Należy wobec tego poprzednio lub conajmniej jednocześnie zastosować leczenie naparstnicowe. Najlepszą diurezę osiąga się przez jednoczesne dożylne wstrzyknięcie Salyrganu i 0,25—0,3 mg strofantyny. Uprzednie zakwaszenie organizmu zwiększa wydatnie diurezę posalyrganową; podajemy w tym celu w ciągu 2 dni po 4 — 6 g salmiaku, ew. w postaci Mixtura solvens.

Dr. FEDELE DE CHIARA, Santomena (Salerno).

RÓŻA U NIEMOWLĄT.

(Referat według Progr. di Terap. 1933, Nr. 6 — 7).

Róża u niemowląt przebiega, jak wiadomo, bez ostrej linji demarkacyjnej i bez mocnego zaczerwienienia, pomimo że wywołuje znaczne obrzmienie skóry. Nierzadko towarzyszy tym objawom, przebiegającym zawsze z wysoką gorączką, stan śpiączkowy, słusznie nasuwający bardzo poważne zastrzeżenia co do rokowania.

Jeżeli taki obraz chorobowy występuje u dziecka liczącego zaledwie kilka miesięcy, to nasz arsenał leczniczy, którybyśmy mogli zastosować, jest bardzo ubogi. Miejscowe okłady z $1^0/_{00}$-owego roztworu sublimatu, z wody Burowa, z 50%-owego roztworu alkoholu lub 1 — 2%-owego roztworu kwasu bornego nie stanowią zabiegów leczniczych, którymby można było przypisać jakiś istotny pomyślny wpływ na zasadniczą sprawę chorobową.

Środkiem wyboru jest w takich przypadkach Omnadina. Niemowlęta znoszą doskonale domięśniowe wstrzykiwania 1/3 lub 1/2 cm^3 Omnadiny, która szybko doprowadza do wystąpienia przełomu i przyczynia się do uniknięcia ciężkich powikłań (ogólna posocznica, objawy oponowo-mózgowe). Omnadina nigdy nie wywołuje żadnych zaburzeń anafilaktycznych. Nawet u najmniejszych niemowląt tolerancja Omnadiny jest doskonała. Dla zobrazowania przebiegu róży u niemowlęcia leczonego Omnadiną, autor przytacza następującą historję choroby:

C. Giuseppe, wiek: 2 miesiące. Obrzmienie po lewej stronie szyi. Skóra w miejscu obrzmienia posiada coprawda pewien połysk, nie wykazuje jednak charakterystycznego zaczerwienienia i nie odgranicza się ostro od otoczenia. Gorączka 39,8^0. Ogólne wyczerpanie. Początkowo zastosowano okłady z bardzo rozcieńczonego roztworu sublimatu. Następnego dnia obrzmienie przenosi się na drugą stronę szyi, potem rozszerza się na prawe ramię, zanikając jednocześnie na szyi. Następnie obrzmienie obejmuje przedramię i wreszcie dłoń. Rozpoznanie: Erysipelas migrans. W trzecim dniu choroby gorączka bardzo wysoka, dochodzi do 40^0, tętno niemiarowe. Obrzmienie prawego jądra.

Wówczas wstrzyknięto dopośladkowo $^1/_2$ cm^3 Omnadiny. Po obiedzie tegoż dnia gorączka poraz pierwszy obniżyła się do 38^0. Nazajutrz nowy skok gorączki, wobec czego wstrzyknięto powtórnie tę samą dawkę Omnadiny, poczem gorączka opadła prawie do normy. Obrzmienie utrzymujące się jeszcze na ręku po kilku dniach znika bez śladu, obrzęk jądra cofa się i dziecko szybko powraca do zdrowia.

Prof. dr. P. MORAWITZ, Lipsk.

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE WYRÓWNANYCH CHORÓB MIĘŚNIA SERCOWEGO (HORMONY KRĄŻENIA).

(Referat częściowy według Dtsch. Med. Wschr 1935. Nr. 2).

Leczenie Padutiną dawało autorowi pomyślne wyniki zwłaszcza w tych przypadkach, w których współczynnik skurczowy cierpienia przeważał nad anatomicznym. Do takich schorzeń należy przedewszystkiem nerwica naczynioruchowa, podobna pod niektóremi względami do choroby *Raynauda* i występująca napadowo, zwłaszcza u kobiet, z objawami zimna, bladości i sinicy rąk. Padutina dawała tu bardzo często znakomite wyniki lecznicze. Mierzenie ciepłoty skóry wykazało, że temperatura zaraz po wstrzyknięciu zaczyna się podnosić, co może do pewnego stopnia posłużyć również i za przedmiotowy probierz działania. Ręce szybko stawały się ciepłe i różowe. Podobnie pomyślne wyniki obserwował autor również w przypadkach miażdżycowego chromania przestankowego i przy miażdżycowych bólach głowy oraz przy migrenie. Mniej skuteczne było działanie Padutiny przy dławicy piersiowej; w przypadkach zaś zawałów mięśnia sercowego preparaty takie nie mogą, oczywiście, wykazać żadnego wpływu na przebieg choroby. Jednak również przy tak zwanej dławicy ruchowej lub wysiłkowej autor nie osiągał zupełnie pewnych wyników, któreby można było przypisać wyłącznie leczeniu hormonalnemu. Zapewne, w niektórych przypadkach stwierdzano niewątpliwą poprawę. Wyniki te były jednak tak niestałe, że powstawały zawsze wątpliwości, czy już spokój i zmiana trybu życia w szpitalu same nie wystarczały dla wytłumaczenia poprawy. Według autora teobromina i Luminal, a także cukier gronowy skutecznie chronią przed napadami dławicy piersiowej. Wogóle wszelkie połączenia środków rozszerzających naczynia krwionośne i hamujących nadmierną pobudliwość powinny sprawiać wielką ulgę pacjentom cierpiącym na napady dławicy piersiowej. Do takich kombinowanych preparatów należy również Theominal. W ciągu ostatnich 10 lat osiągano na klinice wewnętrznej Uniwersytetu w Lipsku bardzo dobre wyniki zapobiegawcze zapomocą następujących proszków podawanych w opłatkach:

Atropini sulfur.	0,0005
Luminali	0,05
Chinidini sulfur.	0,1
Theobromini natrio-salicyl.	0,3

S. 2 — 3 proszki dziennie.

Na niemiarowość hormony krążenia żadnego wpływu nie wywierają. Przy zgorzeli miażdżycowej lub cukrzycowej nie wolno wyczekiwać zbyt długo, tracić czas i odkładać operację w oczekiwaniu na ewentualne zadziałanie hormonu

na naczynia. Nie ulega wątpliwości, że najodpowiedniejsze są wstrzykiwania podskórne lub dożylne. Niektóre preparaty, jak np. Lacarnol, działają również przy stosowaniu doustnem, gdyż kwas adenylo- lub adenozyno-fosforowy wchłania się dobrze z przewodu pokarmowego. Działanie preparatów stosowanych w postaci wstrzykiwań należy jednak uważać za pewniejsze.

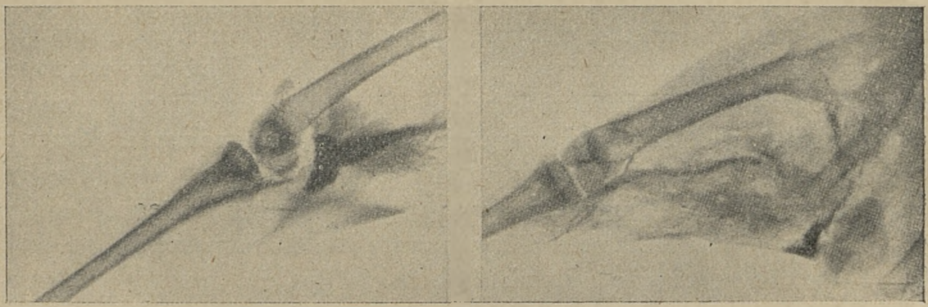
Prof. dr. G. SCHERBER, Wiedeń.

W SPRAWIE LECZENIA KIŁY PREPARATAMI BIZMUTOWEMI.

(Referat według Wien. Med. Wschr. 1934, Nr. 42).

Kiła pierwszookresowa z ujemnym odczynem *Wassermanna* reaguje znakomicie na leczenie bizmutowe, jeżeli tylko zastosować właściwą dawkę. Dawka ta zależy od zawartości bizmutu w preparacie; niektóre preparaty zawierają tylko 0,06, Casbis natomiast 0,1, a Mesurol nawet 0,11 g w 1 cm³.

Wstrzykiwania Casbisu do uda królika:

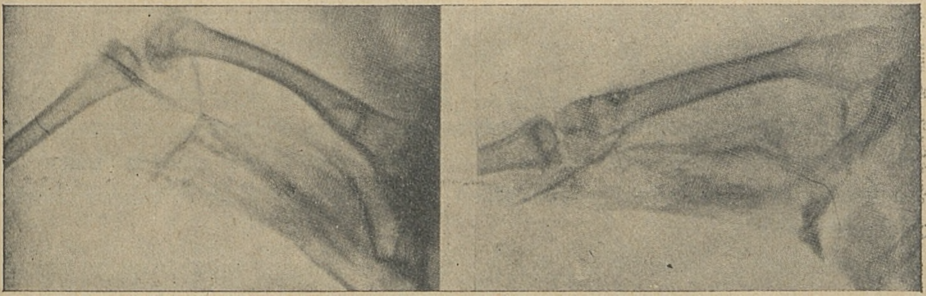


1. W kilka minut po wstrzyknięciu domięśniowem.
2. Po 4 dniach depot bizmutu stało się jaśniejsze. Wodan bizmutu rozłożony w mięśniu w postaci pasm.

Ze względu na znaczną zawartość bizmutu dawki lecznicze Casbisu i Mesurolu są stosunkowo niewielkie. *Scherber* wstrzykuje zwykle 1 cm³ Casbisu lub Mesurolu, inne zaś słabsze preparaty stosuje zwykle w dawkach po 1,5 cm³. Jedna kuracja składa się z 15 — 20 wstrzykiwań; przerwa pomiędzy wstrzykiwaniami wynosi 4 dni. Leczenie salvarsanowe można wzmocnić przez jednoczesne stosowanie bizmutu. Jeżeli mamy do czynienia z przypadkiem kiły o cechach klinicznych kiły pierwszookresowej, jednak już z dodatnim odczynem *Wassermanna*, to należy ze względu na zdarzającą się uporczywość takich przypadków w drugim roku znowu przeprowadzić 2—3 kuracje salvarsanowo-bizmutowe, a jeszcze po roku zbadać płyn mózgowo-rdzeniowy dla stwierdzenia, czy nie zachodzi może potrzeba zastosowania leczenia zimnicą.

Bizmut okazuje pomyślny wpływ leczniczy również i na kiłę drugookresową i na różne zmiany w narządach wewnętrznych. Po energicznie przeprowadzonych kuracjach bizmutowych poprawia się wyraźnie stan płynu mózgowo-rdzeniowego również i przy kile układu nerwowego. Najlepsze wyniki lecznicze osiąga się jednak wówczas, gdy przeprowadzamy odpowiednie leczenie bizmutowe podczas dożylnej kuracji Neosalvarsanem lub jednocześnie z domięśniowemi wstrzykiwaniami Solu-Salvarsanu. Przypadki kiły nerwowej, jawnej lub utajonej, lecz z dodatniemi odczynami w płynie mózgowo-rdzeniowym, leczone zimnicą, podlegają na oddziale szpitalnym *Scherbera* zawsze jeszcze następczym kuracjom salvarsanowo-bizmutowym.

Casbis jest to zawiesina oleista o niezwykle wysokim stopniu dyspersji. Zawiesina ta po krótkiem wstrząśnięciu jest zupełnie jednostajna, co umożliwia dokładne dawkowanie i wyłącza zatkanie się igły. Równomierność zawiesiny sprawia, że tkanki w miejscu wstrzyknięcia ulegają możliwie małemu obciążeniu, natomiast wchłanianie odbywa się szybko, a działanie lecznicze okazuje się bardzo silne. Delikatny, równomierny podział Casbisu w mięśniu w miejscu wstrzyknięcia oraz natychmiast się rozpoczynające, szybkie i całkowite wchła-



3. Po 3 tygodniach stałe postępowanie powolnego wchłaniania się złogów bizmutowych.
4. Po $5^1/_2$ tygodniach wchłanianie bizmutu prawie ukończone.

nianie się preparatu można łatwo uwidocznić i obserwować w doświadczeniach na zwierzętach zapomocą odpowiednich zdjęć rentgenowskich.

Ze spostrzeżeń klinicznych autora wynika, że Casbis przedstawia znakomity środek pomocniczy przy leczeniu kiły Neosalvarsanem lub Solu-Salvarsanem; w przypadkach kiły drugookresowej Casbis przyspiesza cofanie się objawów i działa szybko na sprawy kilakowe. Casbis należy niewątpliwie uważać za najlepszy nierozpuszczalny preparat bizmutowy. Znaczna zawartość bizmutu w Casbisie i jego łatwa wchłanialność pozwalają na ograniczenie ilości wstrzykiwań do 12 — 15; *Scherber* stosował jednak również dawki ogólne dochodzące do 20 cm³, przyczem tolerancja ich zawsze była bardzo dobra.

Dr. ALFONSO CARLI, asystent Szpitala im. Humberta I w Mestre.

W SPRAWIE STOSOWANIA SIARKI ORGANICZNEJ W DERMATOLOGJI.

(Referat według Il Fracastoro, tom VI, Nr. 12).

Przez długi czas nie mieliśmy przy leczeniu świerzbu lekarstwa istotnie skutecznego i jednocześnie pozbawionego stron ujemnych właściwych starym przetworom przeciwświerzbowym. Zdarzały się dość często przypadki świerzbu wywołane widocznie przez szczególnie złośliwego i odpornego pasorzyta, które reagowały bardzo słabo na zwykłe wcierania i kąpiele siarkowe. Maści *Wilckinsona* i *Helmericha* wywoływały nierzadko ciężkie powikłania pryszczycowe i do dolegliwości związanych z chorobą dołączały się w ten sposób jeszcze dolegliwości wywołane leczeniem. Wrażliwa skóra często reagowała na stosowanie tych maści ostrym odczynem zapalnym. Nie ulega więc wątpliwości, że wszystkie stare środki przeciwświerzbowe były dalekie od ideału i pod żadnym względem nie mogły zadawalniać lekarzy.

Wszystkie te trudności zostały całkowicie usunięte z chwilą wprowadzenia do lecznictwa Mitigalu. Jest to organiczny związek siarkowy (dwusiarczek dwumetylo-dwufenylenu), zawierający 25% organicznej siarki.

Działanie lecznicze Mitigalu jest szybkie i pewne. Siarka organiczna preparatu wytwarzanego na podłożu oleistem przenika do skóry znacznie łatwiej, co czyni zbędnem konieczność energicznego i bolesnego wcierania. Mitigal wykazuje ponadto bezpośrednie działanie uspokajające i nie posiada przykrego zapachu, który przy innych preparatach siarkowych zwykle zniechęca chorych do ich stosowania.

Trzy nacierania, zastosowane w ciągu trzech kolejnych wieczorów po uprzedniej dobrej kąpieli z mydłem, naogół zupełnie wystarczają dla wyleczenia świerzbu. W poszczególnych przypadkach autorowi udawało się osiągnąć wyleczenie nawet w ciągu jednego wieczoru po zastosowaniu trzech wcierań w odstępach paru godzin. W innych przypadkach zachodziła konieczność powtórzenia serji trzech wcierań, lecz przypadki te dotyczyły zawsze szczególnych naskórków lub niezwykłych okoliczności wikłających świerzb. W żadnym przypadku nie trzeba było przerwać leczenia z powodu wystąpienia jakichkolwiek niepożądanych objawów działania ubocznego, nie bacząc na to, że chorzy mieli często poważne uszkodzenia skóry nieznoszące najmniejszego nawet podrażnienia lub byli wogóle bardzo słabowici i wyczerpani. Na szczególną uwagę zasługuje zwłaszcza szybki i pomyślny wpływ Mitigalu na objawy pryszczycy, towarzyszące tak często świerzbowi. Mitigal działa ponadto uspokajająco i uśmierza swędzenie, tak że chorzy odczuwają znaczną ulgę już po pierwszem wcieraniu.

Autor wypróbował działanie lecznicze Mitigalu również przy innych chorobach skórnych, przyczem stosował Mitigal albo jako lekarstwo zasadnicze albo

też jako lek pomocniczy lub uzupełniający. W niektórych przypadkach uporczywej pryszczycy, suchej lub wilgotnej, kilka wcierań Mitigalu wywarło działanie złuszczające, po którem odpowiedni preparat salicylowy mógł już łatwiej przejawić swój całkowity wpływ leczniczy. Mitigal wstrzymuje szybko wydzielanie i wytwarzanie strupów przy liszajcach zakaźnych i pospolitych. Przy licznych chorobach skórnych, a zwłaszcza pasorzytniczych, działanie przeciwzapalne i uspokajające Mitigalu jest bardzo wyraźne.

Spostrzeżenia autora opierają się na bardzo dużym materjale chorych skórnych leczonych Mitigalem. Jako przykłady pomyślnego działania leczniczego Mitigalu autor przytacza w streszczeniu poniższych 5 historyj chorób:

1. Giuseppe T., lat 60, wieśniak, cierpi przeszło od miesiąca na dokuczliwe rozsiane swędzenie. Stwierdza się obszerne rumienie niewyraźnego pochodzenia. Badanie mikroskopowe wykrywa obecność świerzbowca. Chory zapisuje się do szpitala i po kąpieli z mydłem otrzymuje wcieranie Mitigalu. Swędzenie ustępuje zupełnie już po pierwszem wcieraniu. Dwa następne wcierania, wykonane w ciągu dwóch najbliższych wieczorów, uwalniają chorego zupełnie od przykrych pasorzytów. Po 5 dniach pobytu w klinice pacjent wypisuje się wyleczony. Dokładne badanie nie wykazuje żadnych objawów chorobowych.

2. Bracia Serafino i Ovidio B., lat 25 i 27. Leczyli się różnemi sposobami, jednakże bez żadnego wyniku i z tego powodu zgłaszają się do szpitala. U Serafina stwierdza się ponadto charakterystyczne rozlane rumienie i pryszczycę od wyprzenia (Eczema intertriginosum) pod pachami i w pachwinach oraz zropienie gruczołu pachwinowego po stronie lewej. Ropień gruczołu natychmiast otwarto i obu chorych poddano nacieraniom Mitigalu. Wcierania te stosowano codziennie w ciągu pięciu kolejnych wieczorów. Co rano chorzy otrzymywali kąpiel z mydłem. Po pięciu dniach wszystkie objawy świerzbu ustąpiły bez śladu. Należy również zaznaczyć, że nacięty ropień gruczołu oczyścił się pod wpływem Mitigalu o wiele prędzej niż to się zwykle dzieje i wygoił się prawie tak samo szybko jak świerzb i pryszczyca z wyprzenia. Zmiany skórne cofnęły się zupełnie i nie pozostawiły po sobie żadnych śladów.

3. Luigia S., lat 25 oraz jej córeczka, mająca zaledwie kilka miesięcy, chorują na świerzb od 6 tygodni. Po dwóch wcieraniach w ciągu dwóch kolejnych wieczorów zarówno matka jak i córka wyleczyły się zupełnie. Karmienia nie trzeba było przerywać. Przed leczeniem dziecko było podrażnione i ciągle płakało. Już po pierwszem wcieraniu mała pacjentka uspokoiła się i odzyskała dobry humor, co dowodzi, że Mitigal nie sprawił bólu, a podziałał jako środek uspokajający.

4. Regina S., lat 56, włościanka, choruje od 3 lat na rozległą pryszczycę. Zmiany skórne trwają zwykle kilka miesięcy, poczem samoistnie znikają, lecz po krótkiej poprawie stan znowu się pogarsza. W szpitalu zastosowano leczenie wcieraniami Mitigalu. Po 4 dniach łuski zniknęły zupełnie, rozpadliny skórne zagoiły się i skóra odzyskała do pewnego stopnia swą dawną elastyczność. Dla zupełnego wyleczenia trzeba było następnie zastosować jeszcze przetwór salicylowy. Po 15-dniowym pobycie w szpitalu pacjentka wypisała się zupełnie wyleczona.

5. Guglielmo G., lat 32, robotnik. Przysłany do szpitala z powodu uporczywej wilgotnej pryszczycy wewnętrznej strony pośladków, okolicy pachwinowej i moszny. Wielokrotne usiłowania leczenia zapomocą różnych maści nie dały dotychczas żadnego wyniku. Choremu zastosowano codzienne wcierania Mitigalu. Po upływie dwóch dni stwierdzono zmniejszenie wydzielania i prawie całkowite zniknięcie łusek. Leczenie nie wywołało żadnych objawów podrażnienia skóry moszny. Dalsze leczenie polegało na naprzemiennem stosowaniu jednego dnia Mitigalu, a następnego dnia maści salicylowej. Po upływie 10 dni wszystkie objawy pryszczycy ustąpiły bez śladu i skóra odzyskała swój prawidłowy wygląd. Pacjent wypisuje się ze szpitala zupełnie wyleczony.

W żadnym ze spostrzeganych przypadków nie stwierdzono najmniejszych nawet oznak ogólnego działania siarki, którąby mogła ulec wchłonięciu: chorzy ani razu nie skarżyli się na złe samopoczucie, na bóle lub zawroty głowy ani na zaburzenia oddechowe.

Na podstawie swych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że przy leczeniu świerzbu i niektórych pasorzytniczych chorób skórnych, a zwłaszcza wszelkich cierpień swędzących, Mitigal powinien odegrać bardzo ważną rolę.

Działanie lecznicze Mitigalu jest szybkie i pewne, nie wywiera on żadnego szkodliwego wpływu na skórę, nawet już uszkodzoną przez inne cierpienie. Mitigal bezpośrednio uspokaja czuciowe zakończenia nerwowe. Są to wszystko cenne zalety, jakich nie posiada żaden inny preparat tego rodzaju. Niezwykła łatwość stosowania Mitigalu, jego doskonała tolerancja bez względu na płeć, wiek i stan ogólny pacjenta, sprawiają, że Mitigal należy uznać za niezwykle wartościowy środek leczniczy, który zasługuje w odpowiednich przypadkach na jaknajszersze stosowanie w praktyce codziennej.

Dr. E. A. BURMEISTER, Krefeld.

„NOWY" CASBIS — DALSZY POSTĘP W LECZNICTWIE KIŁY.

(Referat według Med. Klin. 1934, Nr. 52).

Najskuteczniejszym sposobem stosowania bizmutu przy leczeniu kiły są domięśniowe wstrzykiwania zawiesin t. zw. soli nierozpuszczalnych. Casbis jest to nowoczesny preparat bizmutowy (wodan bizmutu w oleistej zawiesinie), zawierający w 1 cm^3 0,1 g bizmutu, wypróbowany już od wielu lat w klinikach, szpitalach i w praktyce prywatnej. Wysoki stopień dyspersji cząsteczek bizmutu sprawia, że Casbis wyróżnia się zarówno doskonałą tolerancją jak i wielką skutecznością leczniczą. Obecnie została oddana do użytku powszechnego nowa postać Casbisu, w której wodan bizmutu znajduje się w tak subtelnem rozdrobieniu, że po wstrząśnięciu nie opada prawie wcale na dno naczynia. Wynika z tego nadzwyczaj dokładne rozproszenie preparatu w tkance mięśniowej, które zapewnia szybkość i siłę działania leczniczego. Zarzut, jakoby

takie udoskonalenie techniczne mogło w niepożądany sposób nadmiernie przyspieszyć wchłanianie i zmniejszyć przez to działanie lecznicze, okazał się, jak tego dowodzą liczne dokładne spostrzeżenia kliniczne, zupełnie niesłuszny i nieuzasadniony. Własny materjał obserwacyjny autora składa się z 50 przypadków.

Burmeister stosował Casbis przeważnie dla kombinowanego leczenia przeciwkiłowego. Dolegliwości podmiotowe chorych są przy wstrzykiwaniach domięśniowych Casbisu zredukowane do minimum. Wielka wartość nowego preparatu polega jednak na możliwości dokładnego dawkowania, w przeciwieństwie do innych preparatów, przy których wytwarza się osad przylegający tak mocno do dna, że nawet dodanie perełek szklanych nie pozwala na ponowne wytworzenie zawiesiny i równomierne rozdrobnienie bizmutu w roztworze. Przy „nowym" Casbisie ta praca wstrząsania, niezbędna przy innych przetworach i zajmująca wiele czasu, jest prawie zupełnie zbyteczna. Umiarkowane wstrząsanie okazuje się zupełnie wystarczające. Ponadto przy preparatach „gruboziarnistych" istnieje zawsze niebezpieczeństwo, że na początku pobierania z flakonu będziemy wstrzykiwać za mało, a przy wstrzykiwaniach końcowych raczej za dużo bizmutu. W ten sposób dokładność dawkowania pozostaje pod znakiem zapytania.

Spostrzeżenia z praktyki codziennej wykazały, że przy umiarkowanem, wykonywanem co 2—3 dni wstrząsaniu flaszeczki z Casbisem można zużyć całkowitą jej zawartość bez żadnej pozostałości. Jeżeli chcemy (co oczywiście powinno zresztą zawsze mieć miejsce) osiągnąć dokładne dawkowanie, to wystarcza, aby w dniu, w którym będziemy Casbis wstrzykiwać, wstrząsnąć go kilka razy. Gdybyśmy po kilku godzinach znowu chcieli skorzystać z tego samego flakonu, to ponowne wstrząsanie jest właściwie prawie niepotrzebne. W żadnym z 50 obserwowanych przez autora przypadków Casbis nie wywołał jakichkolwiek objawów działania ubocznego. Reasumując, można wydać o Casbisie następującą opinję: działanie odłożonego zapasu (depot) pozostaje bez zmiany, natomiast odpada wytwarzanie się gruboziarnistych złogów w tkance mięśniowej, sprawiających choremu ból i niepotrzebne dolegliwości. Casbis umożliwia dawkowanie z dokładnością jakiej wszelkie inne dotychczasowe preparaty nie były w stanie osiągnąć. Przygotowania do wstrzyknięcia preparatu zostały bardzo uproszczone.

Dr. PACZKOWSKI, Oddział Wewn. Szpitala Brackiego w Bochum.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA REUMATYZMU WIELOSTAWOWEGO.

(Referat według Münch. med. Wsch. 1934, Nr. 47).

Każdy lekarz, który leczył wielu chorych cierpiących na reumatyczne zapalenie wielostawowe o charakterze ostrym lub podostrym, z pewnością stwierdzał często, że istnieją chorzy, którzy na zwykle stosowane środki lecznicze, jak preparaty salicylowe, pyrazolonowe i liczne inne nie reagują wcale lub zaledwie bardzo słabo. Dolegliwości tych pacjentów są bardzo uporczywe i trudno poddają się leczeniu. Podobnie dzieje się z gorączką, która początkowo obniża się nieznacznie, lecz następnie stale znowu się podnosi. Również i szybkość opadania krwinek czerwonych i przesunięcie na lewo w obrazie krwinek białych trwają bez zmiany i nie okazują skłonności do poprawy. Stan ogólny chorych pogarsza się powoli lecz bezustannie. Pomimo starannego i energicznego leczenia zjawiają się często szmery sercowe, jako oznaka rozpoczynającego się zapalenia wsierdzia i to nawet w tych przypadkach, w których doszczętnie usunięto ewentualne ogniska ropne w migdałkach lub innych miejscach.

Wobec tego, że zdarza się czasami, że w przypadkach, w których poszczególne leki zawodzą, odpowiednie ich połączenia wykazują jednak pomyślny wpływ leczniczy, *Paczkowski* postanowił wypróbować w uporczywych przypadkach cierpień reumatycznych działanie lecznicze dożylnych wstrzykiwań salicylanu sodu i Melubriny, przygotowanych według następującego przepisu:

Natrii salicylici	10,0
Melubrini	10,0
Aq. dest. ad	100,0

S. Steril pro injectione.

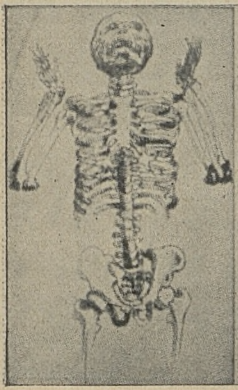
Wstrzykuje się codziennie po 10 cm³ dożylnie przez szereg dni, aż bóle wyraźnie złagodnieją, a gorączka obniży się. Następnie wstrzykuje się rzadziej co 2 lub 3 dni, poczem przechodzi się na doustne podawanie Pyramidonu lub innego odpowiedniego leku przeciwgośćcowego. Autor nie zaniedbywał przytem, oczywiście, i innych metod leczniczych, jak diety, gorącego powietrza, owijań i t. p.

I chociaż wstrzykiwania powyższe nie sprowadzały poprawy u wszystkich chorych, to okazały one jednak bardzo pomyślny wpływ leczniczy w licznych uporczywych przypadkach, w których wszelkie inne usiłowania terapeutyczne zawodziły zupełnie.

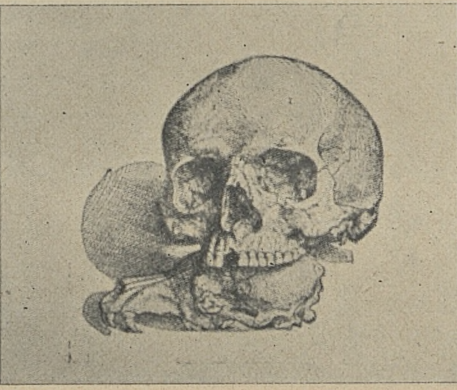
HISTORJA ANATOMJI.

(Według podręczników Historji Medycyny *Meyera - Steinega. Sudhoffa, Hollaendra* i innych).

Historja pierwszych anatomów ginie w pomroce dawnych czasów. Źródłowych wiadomości o pierwszych anatomach nie posiadamy wcale. Wielu historyków uważa, że pozyskanie pierwszych danych anatomicznych było zasługą kapłanów Baala, babilońskiego „boga słońca“. Wiadomości anatomiczne tych kapłanów dotyczyły przedewszystkiem zwierząt składanych na ofiarę bogu. O wiele później ukazuje się lekarz grecki, posiadający już dość znaczny zapas wiadomości anatomicznych. *Hippokrates* znał dobrze położenie narządów. *Anaksagoras*, przyjaciel *Peryklesa*, zajmował się wiele badaniami anatomicznemi, *Demokrytes* z Abdery, współczesnik *Hippokratesa*, dokonywał sekcji zwie-



Według Jana Sterena van Calcara (1499-1546)



Według De humani corporis I.VII Vezaljusza (Bazylea 1555)



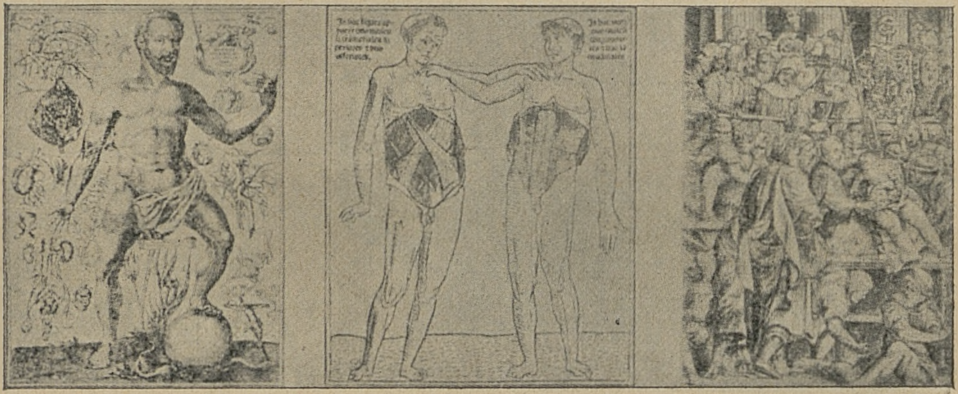
Według Jana Sterena van Calcara (1499-1546)

rząt. W czasach hellenistycznych anatomję ceniono bardzo wysoko. Szkoła aleksandryjska w trzecim wieku przed Chr. przyznawała jej nawet pierwsze miejsce wśród nauk lekarskich.

W Aleksandrji, w której uczeni przezwyciężyli rozpowszechnione uprzedzenie przeciwko sekcjom, *Herophilos* (około 300 r. przed Chr.) mógł opracować systematycznie całą anatomję i ustalić wzajemny stosunek narządów wewnętrznych. Pierwszy dokładniejszy opis oka jest dziełem *Herophilosa*. Drugi wielki lekarz aleksandryjski *Erasistratos* (310 — 250 r. przed Chr.) badał przedewszystkiem układ naczyniowy i nerwowy; *Erasistratos* odróżniał już nerwy czuciowe i ruchowe i opisał ich stosunek do mózgu.

Wszystkie wiadomości anatomiczne świata starożytnego zebrał i opisał szczegółowo w swych dziełach *Galen* (130 — 201 po Chr.). *Galen* bardzo rzadko dokonywał badań sekcyjnych na ludziach, przeważnie tylko po to, aby sprawdzić fakty znajdywane na zwierzętach. Anatomja *Galena* nie była przytem czysto opisowa, lecz jak podaje *Meyer-Steineg*, „wkraczała już do pewnego stopnia w zakres histologji“. Nauka *Galena* przedstawiała dla cza-

sów starożytnych i średniowiecznych wyłączne źródło danych anatomicznych; lekarze arabscy zachowali ją bez żadnych zmian, a szkoły włoskie uważały ją za jedynie miarodajną. Szkoła w Salerno w wieku XI i XII opracowała samodzielnie tylko anatomję zwierząt (anatomja świni). Sekcje ludzkie zaczęto dokonywać dopiero około roku 1250. Data ta nie jest jednak dokładna. Cesarz Fryderyk II podobno pozwolił w roku 1238 na dokonywanie publiczne jednej sekcji raz na 5 lat. W końcu XIII wieku w Bolonji odbywały się jakoby demonstracje anatomiczne na zwłokach ludzkich. W każdym razie wiadomo, że w roku 1306 *Mondino dei Luzzi* wykładał anatomję na zwłokach ludzkich, tak jak to czyniono już przed 1000 — 1500 laty w Aleksandrji. *Mondino* chwali się mianowicie w swym podręczniku (1316), że dokonał sekcji dwóch zwłok

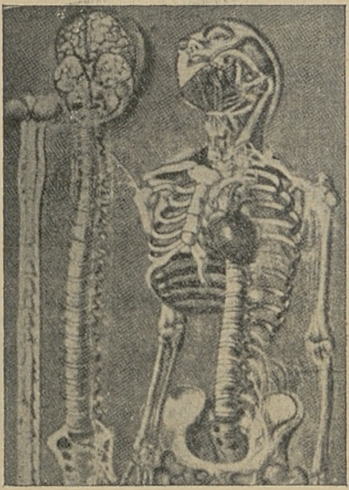


Catoptrum Remmelina (Augsburg 1619) — Conciliator Piotra d'Abono 1496 — Według Anatomey Vezaljusza (Bazylea 1543) Vezaljusz przy zwłokach.

kobiecych. W Bolonji zwracano również na nauczanie anatomji znacznie większą uwagę niż w innych ośrodkach pracy naukowej.

Dokonywanie sekcji trwało wówczas 4 dni. W Padwie pierwszą sekcję ludzką dokonano w r. 1341. W krótszych lub dłuższych odstępach czasu badania sekcyjne na zwłokach ludzkich rozpowszechniały się stopniowo i w innych miastach włoskich. Pierwsze badania sekcyjne na ludziach w Pizie pochodzą dopiero z roku 1507. W Anglji na początku XV wieku demonstracje anatomiczne odbywały się 4 razy rocznie. Montpellier otrzymało już dawniej od Karola z Anjou zezwolenie na sekowanie raz na rok zwłok zbrodniarza. We Francji i w Niemczech profesorowie, wykształceni w Bolonji, posługiwali się przy swych wykładach anatomji przeważnie tablicami anatomicznemi. Znaczne postępy poczyniła nauka anatomji dopiero w XVII wieku głównie dzięki epokowym pracom *Vezaliusza* (1514 — 1564), twórcy nowoczesnej anatomji, który w swem znakomitem dziele „De corporis humani fabrica libri septem" wykazał dwieście błędów *Galena*. Drzeworyty w anatomji *Vezaljusza* były dziełem *Calcara*, ucznia *Tycjana*. Już poprzednio zresztą artyści epoki Odrodzenia,

niezadowoleni z lekarskich wiadomości anatomicznych, także zaczęli zwracać coraz większą uwagę na samodzielne studja anatomiczne. Setki rysunków anatomicznych *Leonarda da Vinci* (1452 — 1519), który dokonał sekcji przeszło

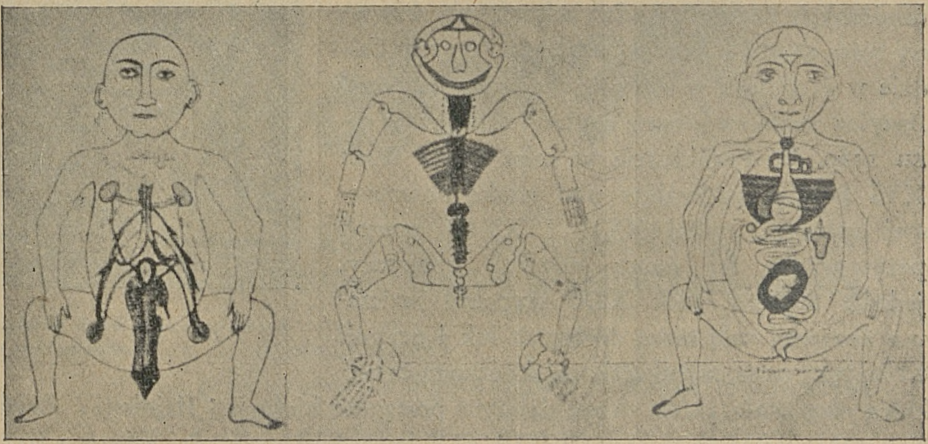


Anatomja Goutiera (Marsylja 1759)



Anatomja dróg moczowych według Kacpra Strohmeyera

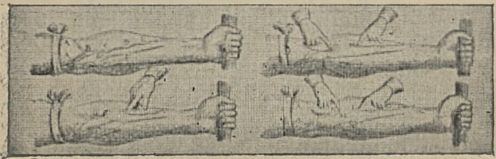
30 zwłok, dowodzą, jak usilnie dążyli ówcześni artyści do prawidłowego ujmowania anatomji ludzkiej. Również i *Michał Anioł* zajmował się badaniami anatomicznemi. *Vasari,* sławny włoski rzeźbiarz, malarz, architekt i historyk



Perskie obrazy anatomiczne w X. wieku po Chr.

sztuki, pisze, że gdy tworzył drewniany krucyfiks dla kościoła Świętego Ducha we Florencji, otrzymał od przeora pozwolenie zdjęcia z trupów skóry, aby móc dokładnie poznać anatomję mięśni. Jak wiadomo, zgodnie z rozporządze-

niem papieża Sykstusa IV, dokonanie sekcji wymagało zezwolenia władz kościelnych. W ten sposób kościół katolicki wykazał większą tolerancję w sprawach sekowania ludzi niż islam, gdyż Mahomet zabronił w Koranie dokonywania sekcji ludzi nawet w tych przypadkach, gdy zmarły połknął za życia drogocenną perłę. Dopiero w roku 1838 islam zezwolił mahometanom na sekowanie chrześcijan i żydów. Wiekopomne badania anatomiczne *Vezaljusza*, który pierwszy po setkach lat odważył się poddać rzeczowej krytyce stare poglądy i utorował drogę badaniom samodzielnym, zostały następnie uzupełnione przez żyjącego jednocześnie z nim *Gabryela Fallopjusza* (1523 — 1562), który ogłosił swe spostrzeżenia w Observationes anatomicae. Trzecim znakomitym anatomem XVI wieku był *Bartłomiej Eustachjusz* († 1574). Prace jego dotyczyły głównie narządu słuchowego, zębów i nerek. Pomimo wielkich postępów badań anatomicznych, znaczenie tych nowych zdobyczy naukowych dla innych dziedzin medycyny — należało się ich spodziewać zwłaszcza dla chirurgji — pozostawało bardzo małe. W Niemczech sekcje zwłok ludzkich należały ciągle jeszcze do wielkich rzadkości, tak że dwie sekcje wykonane w Jenie w roku 1629 przez profesora *Rolfinka* wywołały wielkie oburzenie i wzbudziły niechęć przeciwko profesorowi; było to już w czasie, gdy w innych krajach dokonywano publicznie w teatrach anatomicznych częstych badań sekcyjnych. Pierwszy teatr anatomiczny powstał w r. 1597 w Lejdzie w Holandji, w Paryżu dopiero w r. 1604. Bazylea miała swój teatr anatomiczny już w roku 1580. W Frankfurcie w roku 1740. Wiek XVI położył podwaliny pod naukę nowoczesnej anatomji, wieki XVII i XVIII powoli przysparzały tej nauce nowych zbobyczy, jednak dopiero wiek XIX wypełnił w nauce anatomji całą masę drobnych luk i uczynił z niej przy pomocy mikroskopu skończoną całość, która utorowała zkolei drogę dalszym postępom biologji i fizjologji. Wielkie postępy anatomji w wieku XVIII i XIX były dziełem bardzo licznego szeregu lekarzy we wszystkich krajach. Ograniczymy się tu do wymienienia jedynie najbardziej zasłużonych: *Morgagni* (1682 — 1771), *Scarpa* (1747 — 1832), *Bell* (1763 — 1820), *Meckel* (1781 — 1833), *Henle* (1809 — 1875), *Hyrtel* (1811 — 1894), *Lieberkühn* (1822 — 1887).


Anatomja naczyń Harvey'a. Mangetus (Genewa 1685)



Rycina tytułowa Anatomji Bartholiniego (Norymberga 1677)

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Dożylna pyelografja u dzieci.

Autor już w 1926 roku wyrażał pogląd, że przewlekły ropomocz u dzieci zależy zawsze od przeszkody mechanicznej. Obecnie dzięki nowoczesnym badaniom rentgenowskim dróg moczowych autor mógł stwierdzić całkowitą słuszność swego poglądu. Ostatnie spostrzeżenia jego dotyczą pięciorga dzieci w wieku od 6 miesięcy do 10 lat. Jako środek kontrastowy stosowano 20 lub 40%-owy Per-Abrodil. Dawka Abrodilu wynosiła 4 — 16 g roztworu, dawka Per-Abrodilu wynosiła 1,4 — 3,5 g. Oba preparaty wstrzykiwano dożylnie. Szczególnie dobre obrazy otrzymywano po uciśnięciu podbrzusza podczas wykonywania zdjęcia (2 minuty do 2 godzin po wstrzyknięciu). U dwojga dzieci z szybko wyleczonym ropomoczem pyelogram był po obu stronach prawidłowy, u dzieci z ropomoczem przewlekłym stwierdzono wyraźne oznaki przeszkody mechanicznej, co zostało następnie potwierdzone podczas operacji.

Dr. A. Johannessen.

(Ugesk. f Laeger 1933, Nr. 34).

Powikłania pogrypowe.

Jako powikłania pogrypowe autor wymienia: przewlekłe zapalenie płuc, obrzmienie gruczołów wnękowych, rozszerzenia oskrzeli, zakrzepy, zapalenie przyusznic, zapalenie nerek, nerczycę, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, zapalenie otrzewnej, bóle w mięśniach i stawach, Periarthritis humero-scapularis, nerwobóle, stany przygnębienia. Możliwość wystąpienia ciężkich zaburzeń pogrypowych nakłada na lekarza obowiązek energicznego leczenia każdego przypadku ostrej grypy zapomocą chininy, kodeiny, antipyriny, arsenu i kąpieli. Przeciwko kaszlowi stosuje się Luminal, przeciwko objawom płucnym chininę i przeciwko bólom stawowym Pyramidon.

Prof. dr. C. Hegler.

Szpital Powsz. Św. Jerzego w Hamburgu.

(Dtsch. med. Wschr. 1934, Nr. 42).

Zaburzenia wytwarzania ciałka żółtego przy awitaminozie C oraz przy intoksykacji błoniczej.

U świnek morskich, chorujących na gnilec, znaleziono hipertroficzne wzgl. hiperplastyczne ciałka żółte. Same jajniki były w stanie zaniku, pęcherzyki torbielowato zwyrodniałe. W przypadkach łagodnie przebiegającego zatrucia toksynami błoniczemi obraz histologiczny jajników był bardzo podobny do obrazu stwierdzonego przy awitaminozie C. Przy ciężkich zatruciach występowały w ciałkach żółtych krwawienia i martwica. W korze nadnerczy znajdywano zarówno przy gnilcu jak i przy lekkiej i ciężkiej błonicy jednakowe zmiany przerostowe. Wydaje się wobec tego bardzo prawdopodobne, że zatrucie błonicze przedstawia toksyczną awitaminozę C, podczas gdy gnilec jest pokarmową postacią tej awitaminozy.

Dr. J. Gagyi.

Instyt. og. patolog. i terap. Uniw. w Szegedynie.

(Arch. Path. u. Phys. 1934, t. 293).

Stosowanie Rivanolu przy stanach gorączkowych po porodach i poronieniach.

Przy wszelkich septycznych schorzeniach gorączkowych po porodach i poronieniach stosuje się już od 5 lat leczenie Rivanolem. Korzystam w tym celu z roztworu 0,2 : 20.0, który sobie sam przygotowuję, rozpusz-

czając rozdrobnione tabletki w jałowej wodzie i jałowem naczyniu (ze względu na niebezpieczeństwo uszkodzenia żył większość autorów zaleca przeważnie stosowanie roztworów $1^0/_{00}$-owych a nie 1%-owych. — Przypisek Redakcji). Ogrzewania unikam, a następcze wyjaławianie tego silnego związku bakterjobójczego jest zbyteczne. Wstrzykiwania dożylne należy wykonywać z jaknajwiększą ostrożnością i starannością, gdyż wstrzyknięcie Rivanolu poza żyłę wywołuje bardzo twarde i bolesne nacieczenia. Prawie zawsze wystarcza jedno wstrzyknięcie, aby doprowadzić do spadku gorączki. W jednym przypadku wstrzyknięcie trzeba było powtórzyć, gdyż gorączka po 8 dniach znowu się podniosła. Działanie lecznicze Rivanolu ujawniało się szybko nawet w zastarzałych przypadkach, np. w 6 tygodni lub dłużej po porodzie. Przy tak znakomitych wynikach jeden przypadek zupełnej bezskuteczności nie może, oczywiście, niczego dowodzić, tembardziej, że dotyczył on chorej z zakażeniem połogowem, znajdującej się w rozpaczliwym stanie ogólnym. Również i inny przypadek, który zakończył się śmiertelnie z powodu współistniejącego zapalenia otrzewnej, nie dyskredytuje bynajmniej Rivanolu. W takich beznadziejnych przypadkach wszelkie nasze zabiegi już zgóry są skazane na niepowodzenie. Zaznaczę tu mimochodem, że *Sigwart* w wielkiem zbiorowem dziele pod redakcją *Halbana-Seitza:* „Biologja i patologja kobiety" wyraża pogląd, że w odpowiednich przypadkach zakażenia połogowego należy stosować częstsze wstrzykiwania i znacznie większych dawek Rivanolu niż to się przeważnie dzieje.

Jako przykład pomyślnego działania Rivanolu pozwolę sobie tu przytoczyć przypadek niedawno obserwowany:

Pacjentka ma lat 21. Pierwiastka. Pod koniec ciąży nieżyt pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych, przebiegający z gorączką. Poród samoistny 10.XI. Po porodzie znowu pogorszenie sprawy zapalnej w drogach moczowych. Gorączka podniosła się do 39^0. Pod wpływem odpowiedniego leczenia, a zwłaszcza po 2 wstrzyknięciach Amphotropiny po 10,0 poprawa i spadek gorączki, tak że 26.XI. pacjentka mogła już wstać. 30.XI. nagły gwałtowny dreszcz; gorączka podnosi się do $41{,}2^0$. Obraz chorobowy wykazywał typowe cechy posocznicy. Chora bardzo niespokojna, tętno słabe, przyspieszone. Pomimo że mocz nie wykazywał żadnych składników patologicznych dokonałem jeszcze próby leczenia wstrzykiwaniami Amphotropiny. Bezskuteczność tych wstrzykiwań była jednak dowodem, że tym razem przyczyna cierpienia była inna. Nie ulegało wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z zakażeniem septycznem, pochodzącem być może z zainfekowanych dróg moczowych. 2.XII. wstrzyknięcie Rivanolu. Wieczorem — $38{,}6^0$. 3.XII. rano — 37^0, wieczorem 38^0, następnie stałe obniżanie się gorączki, która 5.XII. rano wynosiła $36{,}2^0$ a wieczorem $37{,}2^0$! Już na drugi dzień po wstrzyknięciu nastąpiła poprawa samopoczucia. 5.XII. chora odzyskała apetyt i tegoż dnia zaczęło się znowu obficie wydzielać mleko, które podczas gorączki wydzielało się bardzo skąpo.

Zdaję sobie doskonale sprawę, że nie każdy przypadek reaguje jednakowo pomyślnie na określony środek leczniczy; przypadek powyżej opisany jest jednak tak typowy dla doraźnego działania Rivanolu, że staje się zrozumiałe, dlaczego preparat ten, od czasu jak się z nim osobiście zapoznałem przy łóżku chorego, stał się dla mnie środkiem nieodzownym we wszystkich przypadkach gorączki połogowej i gorączki po poronieniach. Pragnąłbym usilnie doradzić kolegom, aby we wszystkich takich przypadkach zwracali się przedewszystkiem i jaknajprędzej tylko do Rivanolu. Należy przytem zwracać baczną uwagę na dokładność wstrzykiwania dożylnego, aby ani jedna kropla roztworu nie przeniknęła poza żyłę.

Dr. Dilg.

Emden, Fryzja Wschodnia.

(Ther. Ber. 1935, Nr. 6).

Kamienie moczowodowe.

W przypadkach zatkania moczowodu przez uwięźgnięcie kamienia (bez uszkodzenia błony śluzowej) i przy niemożności przeprowadzenia cewnika (Nr. 4 lub 5) autor zaleca wkraplanie 2%-owego roztworu

Novocainy lub 0,2%-owego roztworu Pantocainy z dodatkiem niewielkiej ilości Suprareniny. Zabieg ten usuwa miejscowy skurcz i cewnik może przejść obok kamienia. Cewnik zostawiamy na 24 — 48 godzin w moczowodzie, a przed jego usunięciem wprowadzamy 1 cm^3 jałowej płynnej parafiny. W ten sposób udaje się często doprowadzić do wydalenia kamienia. Dla wywołania spazmolizy można zastosować również papawerynę.

Dr. N. Mangesh Rao, Madras.

(Antiseptic 1934, tom 13)

Znieczulenie lędźwiowe w ginekologji.

Autor zdaje sprawę z wyników 457 laparotomij ginekologicznych wykonanych w znieczuleniu lędźwiowem zapomocą Pantocainy. Znieczulenie występuje w minutę po wstrzyknięciu 2 cm^3 $\frac{1}{2}$%-owego roztworu (wstrzykiwać należy w pozycji leżącej). Przeciętny czas trwania znieczulenia wynosił 2 godziny. W 31 przypadkach doszło do wymiotów, 3 razy znieczulenie zawiodło, 9 razy trzeba było dodać eteru, 16 pacjentek skarżyło się na bóle głowy, które ustąpiły po 3—5 dniach po Pyramidonie z kofeiną. W przypadkach z niskiem ciśnieniem krwi należy uprzednio odpowiednio przygotować pacjentkę przez podawanie środków zwiększających ciśnienie. Przy cięciu cesarskiem, ostrym krwotoku wewnętrznym i skrzywieniu kręgosłupa nie wolno stosować znieczulenia lędźwiowego.

Dr. Szenteh.

(Budapest. Orvos. Ujsag 1935, Nr. 6).

Trichomoniasis vaginalis.

Trichomoniasis vaginalis o wiele lepiej reaguje na leczenie Yatrenem 105 niż na stosowanie roztworu Lugola. Przy właściwem postępowaniu osiąga się w krótkim czasie poprawę wycieku i szybkie zniknięcie postaci wegetacyjnych. Torbiele utrzymują się dłużej i wymagają dlatego dłuższego leczenia. W poszczególnych przypadkach z nieznanych powodów pigułki Yatrenowe nie rozpuszczały się w pochwie i nie mogły wobec tego przejawić swego działania leczniczego. Z tego względu wytworzono kapsułki żelatynowe po 0,25 g. Ocena działania tych kapsułek wymaga jednak przeprowadzenia obserwacyj na dużym materjale. Ostatnio autorzy leczyli kilka kobiet, cierpiących na uporczywe upławy, zapomocą Deveganu. Wyniki okazały się nadzwyczaj pomyślne. Objawy kliniczne poprawiały się w ciągu kilku dni, wszystkie trichomonady i torbielowe postacie pasorzytnicze znikały w ciągu 8—10 dni.

Dr. R. L. Masciottra i dr. M. A. Etcheverry.

(Rev. Med. Quir. Path. Fem. 1934, tom 4).

Wapniowa i fosforowa przemiana materji przy rozmiękczeniu kości.

Autorzy zbadali bardzo szczegółowo 4 chore dotknięte rozmiękczeniem kości. Wiek pacjentek wynosił 24, 25, 28 i 42 lata. Na podstawie dokonanych badań autorzy odróżniają dwa typy omawianego cierpienia. Typ pierwszy charakteryzuje niska zawartość wapnia i wysoka zawartość nieorganicznego fosforu w surowicy. Typ ten występował u dwóch pierwszych pacjentek, znajdujących się w ciąży. Typ drugi cechuje prawidłowa zawartość wapnia w surowicy i zmniejszenie nieorganicznego fosforu. Przy typie pierwszym głównym objawem jest tężyczka z silnie dodatniemi objawami *Chvostka* i *Trousseau*. Często występuje zmętnienie soczewki (zaćma). Odwapnienie kości jest stosunkowo łagodne lub znajduje się w okresie początkowym, podczas gdy

przy typie drugim rozmiękczenie i zniekształcenie kości stanowią wskutek daleko posuniętego odwapnienia główny objaw chorobowy. W przypadkach tego rodzaju pożywienie zawierające mało wapnia i obfitujące w fosfor obniża prawidłową zawartość wapnia w surowicy i podnosi niski poziom fosforu. Oba typy reagują szybko na leczenie witaminą D. Trzem pacjentkom podawano Vigantol. Przy silnem odwapnieniu kości (typ 2) Vigantol doprowadzał do szybkiego i wyraźnego zatrzymywania wapnia i fosforu. Bilans wapniowo-fosforowy poprawiał się na korzyść ustroju. Należy jednak w tym celu podawać dostatecznie duże dawki Vigantolu, conajmniej 1 cm³ dziennie. Przy słabem odwapnieniu kości poprawa pod wpływem witaminy D nie jest taka jaskrawa. W miarę poprawy zatrzymywanie się wapnia i fosforu w ustroju stopniowo się zmniejsza. Niska zawartość fosforu w surowicy zwiększa się wolniej niż przy niskim poziomie wapnia i podlega wpływowi nietylko witaminy D lecz jeszcze i innych czynników. Niewielkie dawki witaminy D powodują, coprawda, pewne zatrzymanie wapnia, lecz nie dają maksymalnego efektu. Dawki Vigantolu, przewyższające dawki lecznicze, nie dają lepszego wyniku. Osiągnięta poprawa utrzymuje się jeszcze długo po zakończeniu leczenia.

Dr. S. H. Liu, dr. R. R. Hannon, dr. H. I. Chu, dr. K. C. Chen, dr. S. K. Chu i dr. S. H. Wang. Peiping.

(Chin. Med. Journ. 1935 tom 49).

Zapobieganie atonicznym krwawieniom poporodowym zapomocą dożylnych wstrzykiwań Hypophysiny.

Autor, zachęcony pomyślnemi wynikami ogłaszanemi w piśmiennictwie, stosuje już od wielu lat natychmiast po porodzie dożylne wstrzykiwania 3 jednostek Voegtlina Hypophysiny. Jedynie w przypadkach, w których należało uwzględniać stan ciśnienia krwi, autor stosował zamiast Hypophysiny Orasthinę, przedstawiającą wyciąg z tylnego płata przysadki mózgowej, pozbawiony czynnika zwiększającego ciśnienie tętnicze. Spostrzeżenia autora opierają się na wielkim materjale, obejmującym 3128 porodów. Zaleta omawianego postępowania polegała na skróceniu okresu poporodowego. W 269 porodach zakończonych drogą operacyjną stwierdzono wyraźny wpływ na zmniejszenie się utraty krwi. Liczba krwotoków powyżej 1000 cm³ wynosiła dzięki Hypophysinie tylko 2,2%, podczas gdy po porodach bez profilaktyki hypophysinowej odsetek ten wynosił 9,15%.

Dr. Ed. Doerr,

Klinika Położnicza Hamburg — Eppendorf.

(Zbl. Gyn. 1935, Nr. 1).

Trypaflavina przy zapaleniu opon mózgowych.

Autor omawia historję choroby 3½-letniego dziecka dotkniętego zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych i leczonego Trypaflaviną. Za pierwszym razem wstrzyknięto doędźwiowo 2 cm³ Trypaflaviny 1 : 20000. Drugie wstrzyknięcie 2 cm³ 1 : 10000 i trzecie wstrzyknięcie 1,5 cm³ Trypaflaviny 1 : 5000, dokonane w ciągu następnych dni dały bardzo pomyślne wyniki lecznicze. Dziecko odzyskało przytomność, płyn mózgowo-rdzeniowy stał się przezroczysty. Zaprzestanie wstrzykiwań Trypaflaviny i zastosowanie leczenia heksametylenotetraminą i bromem sprawiło, że po 5 dniach nastąpiło znowu znaczne pogorszenie. W związku z tem wznowiono dolędźwiowe wstrzykiwania Trypaflaviny, którą stosowano codziennie w ciągu 4 dni w dawce po 2 cm³ roztworu 1 : 5000, co doprowadziło do zupełnego i tym razem ostatecznego wyleczenia. Taki sam pomyślny wynik leczniczy osiągnięto również w drugim przypadku, dotyczącym 16-miesięcznego dziecka z objawami podobnemi do gruźliczego zapalenia opon. Dziecko to otrzymało ogółem 6 wstrzykiwań po 2 cm³ Trypaflaviny 1 : 5000 (początkowo codziennie, następnie co drugi dzień). Również i w trzecim przypadku dotyczącym 20-miesięcznego dziecka (przypadek „prawie beznadziejny") nastąpiła po 5-dniowem dolędźwiowem stosowaniu Trypaflaviny poprawa i wyleczenie.

Na podstawie swoich spostrzeżeń autor radzi, aby we wszystkich przypadkach zapa-

lenia opon mózgowo-rdzeniowych stosować leczenie dolędźwiowemi wstrzykiwaniami Trypaflaviny.

Dr. D. Stubbe, Gandawa.
(Vlaamsch Gen. Tijdschr. 1935, Nr. 1).

Przyczynek do wyboru środka usypiającego.

Chora lat 31. Przewlekłe zapalenie ucha środkowego i wyrostka sutkowego. Okoliczności sprawiły, że pacjentkę trzeba było operować czterokrotnie, tak że w stosunkowo krótkim czasie poddano ją 4 razy zabiegom usypiającym. Pierwszą operację dokonano w uśpieniu chloroformowem i eterowem, poczem pacjentka była w ciągu 24 godzin ciężko chora i skarżyła się przez 3 dni na mdłości. W 4 dni po operacji dokonano redresji rany w uśpieniu evipanowem. Wstrzyknięto 8 cm^3 Evipanu-Natrium bez żadnych dodatków. Uśpienie trwało 10 minut. Następnego dnia chora skarżyła się tylko na lekki ból głowy. W 20 dni po pierwszej operacji dokonano trzeciej operacji w uśpieniu Avertiną i gazem rozweselającym z dodatkiem tlenu. Pacjentka była potem przez kilka dni niespokojna. W 30 dni po pierwszej operacji chorą operowano po raz czwarty (dla diatermji). Jako przygotowanie do uśpienia wstrzyknięto chorej na godzinę przed zabiegiem pantopon i 0,432 mg skopolaminy podskórnie. Uśpienie polegało na dożylnem wstrzyknięciu 9 cm^3 Evipanu-Natrium. Zaraz po obudzeniu się chora zaczęła się skarżyć na ziębienie i duszność, dostała drgawek, wystąpiła sinica i wreszcie mniej więcej po 50 minutach po wstrzyknięciu Evipanu oddech zatrzymał się zupełnie. Pomimo zupełnego zwiotczenia mięśni i bladości tętno, chociaż słabe, pozostało miarowe i nieprzyspieszone (60). Sztuczny oddech i tlen sprowadziły szybką poprawę; po 10 minutach chora odzyskała przytomność i zdolność mówienia, jednakże po godzinie oddech znowu się pogorszył. Zastosowano te same zabiegi lecznicze i ponadto wstrzyknięto podskórnie 1 cm^3 Icoralu. W ciągu 10 minut oddech wrócił do normy. Po $1^1/_2$ godzinie wystąpił trzeci napad, który trwał 2 minuty. Przez 8 godzin chora nie mogła dobrze oddychać.

Z pośród wszystkich zastosowanych sposobów usypiania najprzyjemniejszym i najlepszym okazał się zarówno przedmiotowo jak i podmiotowo sposób polegający na wstrzykiwaniu samego Evipanu-Na (bez uprzedniego wstrzykiwania środków dodatkowych).

Dr. P. Kuhne.
(Brit. med. Jl. Nr. 3831).

Leczenie akrydynowe duru plamistego.

Autorzy leczyli z doskonałym wynikiem 11 chorych na dur plamisty zapomocą dożylnych wstrzykiwań Rivanolu. Poprzednie próby stosowania Neosalvarsanu rtęci i Trypaflaviny zawiodły zupełnie. Zaledwie jeden chory okazał się odporny na działanie lecznicze wstrzykiwań Rivanolu. We wszystkich pozostałych przypadkach działanie Rivanolu było szybkie i bardzo pomyślne. Przy zapoczątkowaniu leczenia przed szóstym dniem choroby gorączka opada krytycznie lub w ciągu 3 — 4 dni litycznie. Środki nasercowe są potrzebne jedynie w szczególnie ciężkich przypadkach. Wysypka znika w przypadkach wczesnych tak samo szybko jak gorączka w przypadkach późnych, to znaczy po szóstym dniu choroby w ciągu 3 — 4 dni, przyczem nie dochodzi do łuszczenia się skóry. Objawy nerwowe (odurzenie, ogólne osłabienie, delirium, bóle głowy) po pierwszem lub drugiem wstrzyknięciu znacznie łagodnieją; ustępują również wymioty i zaparcie spastyczne. Sen znowu staje się prawidłowy.

Dr. M. Callo-Zewallos
i dr. Y. C. Dianderas, Sicnani.
(Rev. Méd. Peruana 1934, Nr. 66).

Zwiększenie tolerancji węglowodanowej zapomocą leczenia wątrobowego przy ciężkiej cukrzycy.

Autor podawał już dawniej chorym dotkniętym ciężką postacią cukrzycy duże dawki wątroby (doustnie) i udawało mu się w ten sposób znacznie obniżyć potrzebną dużą dawkę insuliny (z 90—110 jednostek

dziennie do 35—60 jednostek). Obecnie autor prowadzi w dalszym ciągu swe badania nad wpływem preparatów wątrobowych na tolerancję węglowodanową, przyczem stosuje wątrobę nie jak dawniej doustnie, lecz w postaci wstrzykiwań. Spostrzeżenia autora dotyczą 8 pacjentów, cierpiących na ciężką cukrzycę, częściowo odporną na działanie insuliny. Wstrzykiwania preparatów wątrobowych (Campolonu) wywarły bardzo pomyślny wpływ na przebieg cukrzycy. Również i w innych lżejszych przypadkach cukrzycy leczenie wątrobowe dawało dobre wyniki i zwiększało tolerancję węglowodanów. Doustne lub pozajelitowe stosowanie wątroby może bardzo wyraźnie obniżać poziom cukru we krwi. U ludzi zdrowych lub u chorych niecukrzycowych Campolon żadnego wpływu na glikemję nie wywierał.

Dr. G. L. A. Peutz, den Haag.
(Geneesk. Gids 1934, tom 12).

Trichorrhexis nodosa + Trichoptilosis.

Autor omawia zagadnienie rozszczepiania się i wypadania tłustych włosów. Włosy takie wyglądają pod mikroskopem jak rozszczepione na wiązki, przyczem rozszczepienie to sięga głęboko do nasady włosa. Według autora przy cierpieniu tem mamy do czynienia z Trichorrhexis nodosa (rozszczep włosa węzłowaty) + Trichoptilosis (rozszczepianie się końców włosów). Jasne, przezroczyste, nieprawidłowe twory w części rozszczepionej i w nasadzie włosa przedstawiają drobnoustroje, które nie są jednak przyczyną choroby włosów, gdyż przeniesione na włosy zdrowe nie wywołują nigdy objawów ani Trichorrhexis nodosa ani Trichoptilosis. Rozszczep włosa węzłowaty może występować również i na martwych włosach (pendzle do golenia, peruki). Spostrzeżenia kliniczne przemawiają na korzyść poglądu, że przyczyna zaburzeń polega na uszkodzeniach mechanicznych. Delikatne, cienkie włosy są bardzo wrażliwe na nacierania płynami spirytusowemi, olejkami i maściami, na zbyt częste mycie, na mocno zasadowe mydła i niedostateczne następcze spłókanie, na wysuszanie fönem, na nieumiejętnie wykonywane farbowanie, wieczną ondulację, ondulację wodną, karbowanie i zbyt mocne wysuszanie przez słońce lub wiatr, zbyt wąskie grzebienie i zbyt twarde szczotki. Na wszystkie powyższe sprawy włosy cienkie są o wiele wrażliwsze niż włosy twarde, które nie zachorowują tak łatwo. Włosy delikatne należy czesać rzadkiemi grzebieniami i miękkiemi szczotkami, skórę głowy zaś należy możliwie jaknajmniej drażnić środkami mechanicznemi lub chemicznemi. Bardzo wskazane jest leczenie ogólno-wzmacniające zapomocą wstrzykiwań Solarsonu. Pomyślny wynik leczniczy nie następuje, oczywiście, już po 2—3 tygodniach; należy mieć cierpliwość i nie zniechęcać się przedwcześnie.

Dr. C. Moncorps, Monachjum.
(Münch. med. Wschr. 1934, Nr. 25).

Leczenie ran z oparzenia roztworem Trypaflaviny.

We wszystkich okresach oparzeń leczenie kompresami nasyconemi roztworem Trypaflaviny 1:1000 — 1:2000 wykazywało bardzo pomyślny wpływ leczniczy. Mniejsze rany z oparzenia goiły się w ciągu 5—7 dni, większe w ciągu około 12 dni. Przy natychmiastowem zastosowaniu kompresów trypaflavinowych zaraz po oparzeniu, rana nie ropiała wcale, przy ranach zaś już ropiejących, ropienie ustępowało w ciągu 3 dni od rozpoczęcia leczenia Trypaflaviną. Blizny nie wykazywały żadnych zmian barwikowych i to ani w znaczeniu depigmentacji ani hiperpigmentacji. Autor uważa, że Trypaflavina oprócz działania odkażającego przejawia również wpływ pobudzający epitelizację.

Również *Bhavanishanker Pathak* w Bombaju (Antiseptic 1934, tom 31) stosuje Trypaflavinę dla leczenia ran z oparzenia w tem samem stężeniu co autor. Szczególnie pomyślny wpływ leczniczy ma wywierać 1—2‰ zawiesina Trypaflaviny w czystej jałowej parafinie.

Dr. R. Sosodoro - Djatikvesoemo,
Bandjermasin.
(Gen. Tijdschr. Ned. Ind. 1934, Nr. 12).

Nowe zapatrywania na farmakologiczne leczenie padaczki.

Według teorji *Foerstera* w genezie napadu drgawek epileptycznych odgrywają główną rolę dwa czynniki: czynnik wyzwalający drgawki i wzmożona skłonność do drgawek. Na czynnik wyzwalający drgawki staramy się zadziałać odpowiednio do przypadku zapomocą zabiegów chirurgicznych lub innych, ew. wchodzących w rachubę możliwości. Niski próg pobudliwości drgawkowej staramy się podnieść przez podawanie bromu z makowcem, Luminalu, Luminalu z bromem. W pewnych przypadkach, odpornych na leczenie bromowo-luminalowe ze wzmożoną skłonnością do drgawek, autor stosował ze stosunkowo pomyślnym wynikiem środki rozszerzające naczynia obwodowe, gdyż również przy takich postaciach drażniącym czynnikiem szkodliwym może być anemja mózgu. Dla przezwyciężenia skurczu naczyniowego autor korzystał z powodzeniem z tak zwanych hormonów krążenia (Padutina i inne), które stosuje się zwykle przy dławicy piersiowej, dychawicy sercowej, stanach lękowych, zgorzeli i t. d.

Dr. E. Lederer,
Klinika Chorób Dziecięcych w Budapeszcie.
(Mschr. Kinderheilk. 1934, tom 59).

Zapalenie surowicze.

Świnki morskie, które przed dosercowem wstrzyknięciem histaminy otrzymywały Pyramidon, przezwyciężały wstrząs histaminowy i pozostawały przy życiu, podczas gdy u zwierząt kontrolnych wstrząs ten zawsze wywoływał zejście śmiertelne. Pyramidon okazuje się w stanie osłabić objawy zatrucia królików i psów, występujące po dużych dawkach związków allylowych. Oprócz działania przedłużającego życie Pyramidon wykazuje tu wyraźny pomyślny wpływ na gwałtowny spadek ciepłoty podczas zapaści. Wobec tego, że za przyczynę trującego działania histaminy i pochodnych allylowych uważa się wzmożenie przepuszczalności ścian naczyniowych, należałoby przyjąć, że przezwyciężenie zatrucia lub osłabienie jego objawów należy zawdzięczać działaniu Pyramidonu, który zagęszcza ściany naczyniowe i czyni je mniej przepuszczalnemi. Dalsze doświadczenia wykazały istotnie, że oprócz wapnia, żelaza, hexametylenotetraminy również i pochodne pyrazolonu zagęszczają oczną barjerę między krwią i płynem komorowym i zmniejszają obrzęk histaminowy na uchu królika. To działanie zagęszczające ściany naczyniowe ulega jednak przy przedawkowaniu przemianie w kierunku wprost przeciwnym. Badania *Wacka* i *Raffa* utwierdziły *Eppingera* i jego współpracowników w ich przekonaniu, że Pyramidon jest antagonistą allylaminy względnie histaminy. Autorzy badali w ciągu 3 lat działanie lecznicze dużych dawek Pyramidonu na przebieg ostrego zapalenia wsierdzia. Ze spostrzeżeń autorów wynika, że żaden inny środek nie wywiera na to ciężkie cierpienie tak pomyślnego wpływu leczniczego jak Pyramidon. Pod wpływem dawki dobowej 1,5 do 3,0 g nawet bardzo wysoka gorączka zwykle znacznie się obniża; jednakże po odstawieniu Pyramidonu ciepłota zwykle znowu się podnosi. Jeżeli jednak podawać te same dawki Pyramidonu bez przerwy w ciągu długich tygodni lub nawet miesięcy, to osiąga się poprawę nietylko podmiotową lecz również przedmiotową: przy niedokrwistości — zwiększenie się ilości krwinek czerwonych, przy zwiększonej liczbie ciałek białych — powrót do normy, poprawę szybkości opadania erytrocytów. Wówczas wolno zmniejszyć dawkę Pyramidonu. Pyramidon należy więc uwa-

żać nietylko za objawowo działający środek przeciwgorączkowy, lecz za preparat wykazujący bezpośredni wpływ leczniczy na cierpienie zasadnicze.

Prof. dr. H. Eppinger, dr. J. Faltitschek, dr. H. Kaunitz i dr. H. Popper.
I Klinika Chorób Wewnętrznych w Wiedniu.
(Klin. Wschr. 1934, Nr. 32).

Czy laseczki błonicy w nosie i przewodach słuchowych przedstawiają niebezpieczeństwo dla otoczenia nosiciela zarazków?

Wiadomo obecnie z całą pewnością, że chorzy cierpiący na zanikowy nieżyt nosa lub ozenę są prawie w 100% stałymi nosicielami laseczników błoniczych. Laseczki znajdujące się na strupach w rozszerzonych jamach nosowych i na wyschniętych śluzówkach są często nawet bardzo złośliwe. Również i na wosczynie przewodu słuchowego przy tak zwanej pryszczycy tego przewodu, udaje się u większości tego rodzaju chorych wykazać obecność laseczników błonicy. Mimo to chorzy tacy nie przedstawiają absolutnie żadnego niebezpieczeństwa dla otoczenia, gdyż nawet długoletnia ozena lub pryszczyca przewodu słuchowego nigdy nie wywołały zakażenia błoniczego. Dla uniknięcia przeto niepotrzebnych społecznych trudności powinny odpowiednie władze sanitarne wyraźnie zaznaczyć, że chorzy tacy nie podlegają obowiązującym przepisom dotyczącym nosicieli laseczników w gardle i krtani.

Dr. Th. Hünermann,
Klinika chorób uszu, gardła i nosa Akademji Lekarskiej w Düsseldorfie.
(Münch. med. Wschr. 1934 Nr. 43).

XI KURS UZUPEŁNIAJĄCY DLA LEKARZY P. T. „GRUŹLICA I JEJ ZWALCZANIE.

W okresie od dnia 23 stycznia do dnia 11-go marca 1936 roku odbędzie się 7-mio tygodniowy Kurs przeciwgruźliczy p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie", zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego U. J. P.

Program Kursu uwzględni przedewszystkiem studja praktyczne jak również obejmie 47 godzin teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki społecznej z gruźlicą. Studja praktyczne będą polegały na odbyciu praktyki w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorjum jak również na dokładnem zaznajomieniu się z pracą w poradniach przeciwgruźliczych ze szczególnem uwzględnieniem techniki zakładania odmy.

Podania na kurs należy nadsyłać do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Karowa 31 (gmach Warszawskiego T-wa Higjenicznego) najpóźniej do dnia 14 stycznia 1936 r. Do podania należy dołączyć:

1) życiorys,

2) ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej kandydata na kurs,

3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu Kursu.

Kandydaci zgłaszający się na Kurs mogą ubiegać się o przyznanie zwrotnego stypendjum w wysokości do 350 zł.

Kurs jest bezpłatny; pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum jak również i w przyjęciu na kurs będą mieli kandydaci, którzy już są zatrudnieni w instytucjach przeciwgruźliczych.

Dyrektor Polskiego Związku Przeciwgruźliczego
(—) Dr. M. Grodecki

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa 20.



Do znieczulania miejscowego

Najwyższa czystość chemiczna, wypełnienie wszystkich wymagań fizjologji, pewność znieczulenia, znaczne działanie na warstwy głębokie, brak działania drażniącego i dobra tolerancja.

W ampułkach i tabletkach.

»Bayer«
LEVERKUSEN n/R.
Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka
Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.